

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^o Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^o Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^o Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^o Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-911-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.117220703>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Psicologia: Técnicas e instrumentos de acesso à mente humana*, reúne neste volume dezoito artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

Ao longo da história da humanidade várias tentativas foram feitas em torno da discussão sobre a mente humana. Dos humores na Grécia, da Consciência no Iluminismo, ao inconsciente na modernidade, várias são as influências que a Psicologia herda para se tratar no psiquismo humano.

Com tantas influências, o que podemos esperar é uma grande variedade de visões sobre o humano, o que concorda com a própria diversidade subjetiva, em se tratando de personalidades humanas.

Essa Coletânea apresenta algumas dessas visões, a partir da concepção psicanalítica, cognitiva-comportamental, terapia familiar, social, entre outras perspectivas.

Espero que pela leitura dos textos que se seguem, uma abertura crítica sobre a diversidade das possibilidades de uma leitura psicológica surja para cada leitor.

Uma boa leitura a todos!

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A LÓGICA DO INCONSCIENTE NO NÓ BORROMEU

Ivanisa Teitelroit Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207031>


CAPÍTULO 2..... 7

CONVERSÇÕES NA ESCOLA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Claudio Ramos Peixoto

Joyce de Paula e Silva


Shala de Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207032>

CAPÍTULO 3..... 18

TRAUMA, VULNERABILIDADE E MEMÓRIA: CAMINHOS PARA UMA RESIGNIFICAÇÃO

Sonia Maria Gomes Siulva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207033>

CAPÍTULO 4..... 32

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO EM UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL

Maria de Fátima de Jesus Miranda


Alessandro Miranda Coelho

Leuzete Sousa de Oliveira Miranda Coelho

Gracimary de Jesus Godinho Bastos

Antonio Luis Nunes Bastos

Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207034>

CAPÍTULO 5..... 46


TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ADOLESCÊNCIA: O SOFRIMENTO INVISIBILIZADO

Kamila Andressa Rabuske

Amanda Angonese Sebben

William Gemelli

Naiana Priscila Kessler Amancio


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207035>







CAPÍTULO 6..... 55


TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ADOLESCENTES

Eliza Regina Guilhem Gentilin

Mara Ilce Lopes Bedendo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207036>


CAPÍTULO 7	60
RELACIONAMIENTO ABUSIVO: O CICLO DE APRISIONAMENTO E DEPENDENCIA EMOCIONAL	
Viviane Soares Carvalho Talita Maria Machado de Freitas	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207037	
CAPÍTULO 8	70
PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LAS DOCENTES QUE PROMUEVEN VOCACIONES CIENTÍFICAS EN LAS ESTUDIANTES	
Alba Esperanza García López Pamela Viñas Lezama	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207038	
CAPÍTULO 9	80
A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: IDENTIFICAÇÃO DAS CRENÇAS, PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E O ESTABELECIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA	
Paulo Tadeu Ferreira Teixeira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207039	
CAPÍTULO 10	95
CONVERSACIONES DE SESIÓN ÚNICA ANTE EL SUICIDIO	
María Luisa Plasencia Vilchis Luz de Lourdes Eguiluz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070310	
CAPÍTULO 11	105
PROCESOS INTERDISCIPLINARIOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES	
Martha Elena Silva Pertuz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070311	
CAPÍTULO 12	123
A IMPORTÂNCIA DA REDE SECUNDÁRIA NA TERAPIA FAMILIAR E NO PROCESSO DE MUDANÇA PARA AS FAMÍLIAS	
Cristina Cruz Goreti Mendes Helena Ventura Sofia Ferreira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070312	
CAPÍTULO 13	131
PROGRAMA DE TUTORÍAS: OPINIÓN DE ESTUDIANTES Y TUTORES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA	
Irma Rosa Alvarado Guerrero Ana Elena Del Bosque Fuentes María Luisa Cepeda Islas	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070313>

CAPÍTULO 14..... 144

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA COM MOVIMENTOS SOCIAIS:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**


Anderson dos Santos Furtado
Camilly Aline Mesquita Rodrigues
Janilce Guiomar Pinto
Jéssica Almeida Cruz
Ingrid Larissa Pinheiro da Silva
Karlene Souza dos Santos Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070314>

CAPÍTULO 15..... 155

ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NO CAPS-AD: REFLEXOS NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070315>

CAPÍTULO 16..... 168

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
NO CAPS-AD, BAGÉ-RS**

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070316>

CAPÍTULO 17..... 176

**TRANSBORDAMENTO DE VIDA ANTE A FINITUDE: A CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS IRREVERSÍVEIS**


Danielle de Andrade Pitanga
Margarida Maria Florêncio Dantas
Gilclécia Oliveira Lourenço
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070317>

CAPÍTULO 18..... 189

**A IMPORTÂNCIA DA ROTINA NO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM E
COMUNICAÇÃO DO ALUNO COM TEA**

Sara Alves Oliveira e Silva
Ezequiel Martins Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070318>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 203

ÍNDICE REMISSIVO..... 204

TRANSBORDAMENTO DE VIDA ANTE A FINITUDE: A CLÍNICA PSICOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS IRREVERSÍVEIS

Data de aceite: 01/03/2022

Danielle de Andrade Pitanga

Margarida Maria Florêncio Dantas

Gilclécia Oliveira Lourenço

Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Programa de Pós Graduação em Psicologia
Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco, Brasil

RESUMO: Este artigo problematiza as especificidades da clínica psicológica na assistência a pacientes portadores de doenças crônicas irreversíveis que optaram pelo tratamento paliativo. Realizamos um estudo de caso clínico com um paciente que se encontrava em regime de hospitalização para se tratar de um câncer e, posteriormente, durante os exames clínicos, foi diagnosticado como soropositivo para o HIV/Aids. Os instrumentos utilizados foram a observação participante, a entrevista semidirigida e o diário de campo. A análise apoiou-se no referencial foucaultiano e sua analítica do discurso. Os resultados apontam que, para o paciente, confrontar-se com o adoecimento grave e a finitude, mobiliza-o a buscar incessantemente a própria transcendência. As possibilidades de ressignificações constantes da vida são múltiplas e singulares, assim como a maneira como o enfermo vivencia seus medos e angústias. O processo de luto antecipatório faz emergir modos diversos de agir, olhar para si e para o mundo.

PALAVRAS-CHAVE: Adoecimento, Finitude, Morrer, Clínica Psicológica.

LIFE OVERFLOWING FACE TO THE
FINITUDE: PSYCHOLOGICAL CLINIC
IN ASSISTANCE TO CHRONICLES
IRREVERSIBLE DISEASES CARRIERS

ABSTRACT: This article discusses the particularities of clinical psychology in the care of patients with incurable chronic diseases who have opted for palliative treatment. We conducted a clinical case study of a patient who was in hospital regimen for treating a cancer and later, during clinical tests, was diagnosed as seropositive for HIV / AIDS. The instruments used were participant observation, semi structured interview and field diary. The analysis relied on the theoretical Foucault's reference and its analytical discourse. The results indicate that, for the patient, to confront the serious illness and finitude, mobilizes him to incessantly seek his own transcendence. The possibilities of constant reinterpretation of life are multiple and unique, and the way the patient experiences their fears and anxieties.

KEYWORDS: Illness, Finitude, Die, Psychological Clinic.

1 | INTRODUÇÃO

Uma situação de adoecimento grave, independente de cronicidade ou não, gera sentimento de insegurança e medo. Esses desconfortos emocionais estão voltados tanto ao descobrimento da enfermidade como ao

processo de tratamento e hospitalização necessários para o reestabelecimento da saúde. Isso acontece porque a perda da saúde está atrelada a outras perdas: da privacidade, da autonomia e da liberdade, para citar algumas. Dessa forma, o sujeito adoecido, a princípio, não responde mais por si, está submisso a uma equipe de saúde, que gerencia sua vida, prescreve esquemas de tratamento, na maioria das vezes, limitando o sujeito à hospitalização, restrições alimentares e atividades cada vez mais distantes daquelas realizadas por ele antes do diagnóstico.

O processo de hospitalização, inicialmente, impõe ao indivíduo doente delegar suas funções, familiares e trabalhistas, a outra pessoa. Essa necessidade, por si só, causa sensações desagradáveis ao sujeito, inicialmente pela limitação espacial que o impede de realizar suas obrigações. E com o avanço da doença, soma-se a isso a impossibilidade física de dar conta das atribuições outrora cumpridas. O adoecimento e a hospitalização ainda estabelecem para o sujeito, horários fixos para visita, em alguns casos, para alimentação, higienização e visita médica. Esse seguimento das normas institucionais provoca no enfermo a experiência da perda da privacidade, que ainda pode ser acentuada quando o indivíduo não pode usar suas próprias roupas, não pode se alimentar do que gosta e está numa situação de dependência dos membros da equipe de saúde responsáveis por ele para realização de sua higiene pessoal (Kovács, 1992).

Kovács (1992) coloca que outro agravante do processo de hospitalização é a perda da liberdade de ir e vir, do direito de saber sobre seu quadro clínico e reações do tratamento prescrito, bem como de decidir a respeito da realização ou não desse tratamento. Pois, muitas vezes, não é dada a chance ao paciente de opinar sobre o tratamento prescrito pelo médico e o enfermo deixa de ter autonomia sobre si e passa a seguir as determinações médicas a partir do acordo entre os profissionais de saúde e seus familiares.

Todas essas sensações atreladas aos efeitos físicos do adoecer e do tratamento, causam dores emocionais significativas ao sujeito doente. E na tentativa de amenizar esse sofrimento, dando voz e vez a ele, o papel do psicólogo se torna essencial. Esse profissional pode fazer o sujeito se escutar e voltar a considerar seus desejos, olhar para si mesmo e perceber a melhor forma, ou a maneira possível para si, de vivenciar o adoecimento, a hospitalização e o tratamento. Se por um lado, a medicina toma o corpo numa visão biológica e organicista, por outro, a psicologia procura apreender a demanda do sujeito, a possibilidade da escuta orientada pelo discurso do próprio paciente revelando não apenas seu modo singular de lidar com a angústia, mas também a forma como lida com os enigmas intrínsecos, como por exemplo, a sexualidade e a morte.

A clínica psicológica trata-se de uma práxis marcada pelo deslocamento da demanda médica para outra demanda que se situa além do cuidado com o corpo, a do sujeito. É pelo viés da dimensão intersubjetiva que se tem a possibilidade de abordar as fantasias relacionadas ao seu adoecer e a morte, a fim de apaziguar a angústia potencialmente ameaçadora. Ante a inevitabilidade da finitude, dor, sofrimento, medo, fragilidade, ameaça de

aniquilamento, impotência, tristeza, podem com frequência, constituir parte da experiência cotidiana do psicólogo na assistência a pacientes com doenças terminais. Sendo assim, esse profissional deve compreender o sujeito em seu contexto histórico, social, cultural e lançar um olhar para ele como um indivíduo único em si mesmo.

A clínica pautada no olhar se institui como método de acesso ao discurso do sujeito que está construindo uma nova epistemologia sobre o corpo, sobre sua doença com todos os atravessamentos. Ao centrar no olhar como perspectiva de atuação pode-se apreender algo da ordem não verbal do contato e, alcançar as profundezas mais íntimas. Dessa forma, a relação estabelecida entre enfermo e psicólogo deve ser permeada de muito respeito por parte do profissional. Ele precisa construir uma interação segura e confortável para possibilitar ao sujeito doente confiança e disponibilidade, permitindo a esse sujeito atualizar suas possibilidades de ser diante do adoecimento que lhe acometeu. É essencial, então, que o psicólogo considere o momento de vida que o sujeito se descobre enfermo, suas realizações, seus planos para o futuro, suas expectativas a partir do diagnóstico, o que significa para esse sujeito, nesse momento, vivenciar a proximidade da morte. Isso é compreender o sujeito em seu contexto, é estar junto dele enquanto ele se reconhece como sujeito do processo de adoecimento, é ajuda-lo a encontrar uma forma possível de lidar com o que se apresenta.

Esse modo de estar com o outro abarca o conceito de discurso e enunciado trabalhados por Michel Foucault. Na descrição desses conceitos, Foucault coloca como sendo imprescindível a consideração dos atravessamentos históricos, sociais e culturais do sujeito. Pois, são esses atravessamentos que provocam a formação do discurso do sujeito, na verdade, o sujeito se constrói no seu discurso, a partir das influências que sofre. O discurso é o “conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação; assim, se poderia falar de discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural, discurso psiquiátrico” (Foucault, 2010, p. 141).

Nesse sentido, está presente no discurso a influência cultural, religiosa, política e a representação do lugar de onde fala quem emite o discurso, bem como o que é dito no discurso para atingir o quê. Assim, Foucault fala sobre sua perspectiva a respeito do discurso, como aquilo que não deve ser traduzido, decodificado, interpretado, mas sim, tomado como a vivência de quem o pratica. É possível compreender o discurso de um indivíduo doente olhando para sua particularidade. E assim, considerar a individualidade desse sujeito que o faz emitir esse discurso sobre seu processo de adoecimento e não outro, que poderia estar mais coerente do ponto de vista da equipe de saúde e/ou dos seus familiares. O importante quando se observa um discurso é o que possibilitou a sua constituição e o que ele permite atingir com sua prática.

Sendo assim, a proposta deste artigo é tecer algumas reflexões acerca da especificidade da clínica psicológica com pacientes portadores de doenças crônicas, sem perspectivas de tratabilidade com fins direcionados à cura, anunciando, pois, a

inexorabilidade da morte. A finitude se insere, neste contexto, como uma possibilidade iminente e real, embora num espaço de tempo ambíguo e incerto.

2 | METODOLOGIA

Esse estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, que discute aspectos da realidade social sendo o “lôcus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano em significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos que abarcam” (Minayo, 1992, p. 31). Neste estudo trabalhamos a singularidade e especificidades de um caso clínico que evidencia a necessidade de deslocamento da demanda do saber médico para a do próprio sujeito, apontando assim, não apenas para as possibilidades da escuta clínica e suas intervenções, mas também para seus limites.

2.1 Apresentação do Caso Clínico

Tomaremos, então, como estudo, o caso de um sujeito de 34 anos, solteiro que após exames clínicos e resultado da biópsia foi diagnosticado com tumor maligno na base do pênis. Para proteger seu anonimato, adotamos para ele o nome de Marcelo. O esquema de tratamento quimioterápico foi prescrito por seu médico assistente. O paciente submeteu-se a 15 sessões, porém, com intensos efeitos colaterais: vômitos, enjoos, dores, queda de cabelo. Após as sessões de quimioterapia, realizou novos exames, constatando-se o desaparecimento do nódulo. Alguns meses depois, começou a apresentar queixas de dores e sensação de peso no testículo direito. Retornou ao proctologista que diagnosticou nódulos pequenos em ambos os testículos. Diante do quadro de disseminação de células cancerosas para outras regiões do corpo e formação de tumores secundários, tratava-se de uma metástase. Tornava-se, portanto, urgente, iniciar tratamento cirúrgico e quimioterápico devido a gravidade e extensão da doença. O tumor e uma pequena parte dos tecidos ao redor poderiam ser removidos cirurgicamente ou por ressecção a laser. A cirurgia é, via de regra, a opção mais indicada nestes casos. No entanto, após exames pré-operatórios, identificou-se que a taxa de leucócitos do paciente estava bastante elevada o que seria indicativo de grave infecção. Para afastar hipóteses, seu médico solicitou teste de HIV, cujo resultado foi positivo.

Indubitavelmente, a metástase e a recente descoberta do HIV/ Aids exigia da equipe de saúde uma abordagem ampla e dinâmica, além disso, estas doenças apontam para a necessidade de acompanhamento permanente. O risco iminente de complicações clínicas e, conseqüentemente, o inevitável comprometimento da qualidade de vida do paciente fizeram com que os médicos (oncologista e infectologista) propusessem a introdução da terapia antirretroviral altamente potente, a qual foi disponibilizada no Brasil a partir de 1997 no sistema público de saúde (Lei Federal 9313) cujo objetivo seria a interrupção da

progressão da infecção pelo HIV e recuperação da imunidade. Paralelo a isso, também foi indicado o procedimento cirúrgico para remoção dos nódulos dos testículos e quimioterapia visando refrear a doença.

Apesar de contar com os recursos terapêuticos da Medicina, o paciente decidiu submeter-se ao tratamento paliativo e, essa tomada de decisão foi prontamente aceita pela equipe de saúde. Na perspectiva deste caso específico instituir medidas terapêuticas obstinadas, tornava-se algo fútil e inútil dada a irreversibilidade do quadro clínico. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2007), a medicina paliativa é a especialidade médica cuja atuação consiste no estudo e controle de pacientes portadores de doença ativa, progressiva, em estágio avançado e incurável. Sua ação é por meio de técnicas que visam o conforto, a prevenção e o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento, sem que, necessariamente, interfiram na sobrevida. Na palição, opta-se conscienciosamente pela abstenção de recursos médicos infrutíferos que não traria benefícios nem melhoraria a condição existencial do sujeito adoecido, considerando-se a não reversão do morrer e da morte já em curso.

2.2 Instrumentos

Para a produção do material desse estudo, partimos da observação e da escuta do sujeito que, na ocasião da entrevista, estava internado em um hospital de grande porte da cidade do Recife. Os instrumentos de levantamento dos dados da pesquisa foram a observação participativa, a entrevista semidirigida e o Diário de Campo.

2.3 Processo de Produção de dados

Para obter a permissão para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi enviado à Plataforma Brasil sob o número CAAE: 23953313.9.0000.5206 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 29 de novembro de 2013. E por se voltar ao estudo de seres humanos, essa pesquisa foi construída tendo como pilares a ética prescritiva e a ética dialógica, que prezam pela proteção do anonimato, pelo resguardo do uso abusivo de poder pelo pesquisador e pelo consentimento informado (Spink, 2000). Esse último foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo participante, concordando com sua participação.

A entrevista transcorreu de forma tranquila. O sujeito do estudo foi abordado com a maior delicadeza e cuidado, sem introduzir imediatamente o tema da pesquisa, mesmo ele tendo concordado em falar sobre a sua escolha pela palição. Procurou-se sempre o momento em que estavam presentes apenas paciente e pesquisadora, e sem causar prejuízos quanto aos horários de medicamentos do paciente.

2.4 Processo de Análise dos Dados

Os dados da entrevista e do Diário de Campo foram analisados a partir da perspectiva foucaultiana, que aponta como necessário “recusar as explicações unívocas,

as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas” (Fischer, 2001, p. 189). Isso significa que a fala do sujeito por si só já contempla o seu pensamento, não há o que ser interpretado, não há interditos nesse discurso. O sujeito fala da sua experiência no discurso, da possibilidade que elege para vivenciar uma determinada realidade, por isso esse discurso não deve ser interpretado, regulado pela ciência.

Trabalharemos, neste artigo, um estudo de caso a partir da Analítica Descritiva na perspectiva foucaultiana. Dessa maneira, compreenderemos, pois, tão somente a produção do discurso do sujeito partindo de suas próprias vivências, experiências com todos os atravessamentos históricos, sociais, políticos e culturais. Os discursos são como acontecimentos dispersos em sua historicidade. E para a análise discursiva, a preocupação incessante deve ser conhecer o que tornava este ou aquele discurso possível e porque determinados discursos são aceitos como verdadeiros, enquanto que outros não. O que coloca o discurso não uma expressão de ideia ou de linguagem, mas como condições de possibilidade, o que denominou como condições de emergência da “formação discursiva” (Foucault, 2010).

O discurso de um sujeito o constrói e se constrói à medida que é proferido. Desse modo o discurso se torna uma verdade para aquele que o emite, pois nele estão as influências históricas, culturais e a marca da sociedade a que pertence o autor do discurso, o que não deve ser desconsiderado ao se analisar esse discurso. Da mesma forma não deve ser descartado quem produz o discurso, para quem produz e com que intuito. Ou seja, o que é dito no discurso é um conjunto de atravessamentos, responsáveis pela formação do sujeito enquanto sujeito de seus atos, que devem ser percebidos quando se deseja compreender o discurso proferido.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO MARCELO

Sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados, do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem; mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito (Foucault, 1985, p. 22).

Dentre as diversas possíveis problematizações que têm sido construídas historicamente no tocante à corporalidade, apostamos trilhar por um caminho a partir das reflexões de Michel Foucault quando toma o corpo como uma produção sócio-histórica, política e cultural; em processo de construção permanente, flexível, conferindo-lhe marcas que sofrem variações a partir do tempo, espaços, conjunturas, expressão de gêneros (Foucault, 2010).

Estamos falando de um corpo que não é algo acabado, universal ou absoluto, mas uma materialidade provisória, plástica, relacional, em mutação constante, estando, deste

modo, vulnerável às diferentes formas de intervenção: científicas, tecnológicas, políticas, disciplinares. Foucault (2010) nos apresenta a ideia de corpo como superfície de inscrição dos acontecimentos, engendrados por uma ordem discursiva que regula os prazeres e expressões. Partindo dessas premissas, ao analisarmos a entrevista de Marcelo, observa-se que ele apresentava comportamento de risco à medida que se expunha a situações de atividade sexual nas quais se aumentava, consideravelmente as possibilidades de infecção, tal como podemos apreciar claramente nesse trecho:

Marcelo: Diante disso tudo acho que ele não me ajudaria, acho que ele vai desejar coisas ainda piores a mim. [Choro].

Psicóloga: Você pensou no seu companheiro?

Marcelo: Isso. [...] Mas, como dizer a um companheiro que estou com Aids? A gente tem uma relação aberta e há muito tempo temos relação sem uso de preservativo.

Psicóloga: O que você chama de “relação aberta”?

Marcelo: Não temos um compromisso de fidelidade um com o outro. Não moramos juntos. Eu moro sozinho e da mesma forma que ele dorme na minha casa, outras pessoas também dormem, entende?

Psicóloga: Sim. Então, existe a possibilidade dele também ter dormido com outras pessoas além de você e enquanto também dormia com você?

Marcelo: Sim, com certeza. Você está pensando que eu posso ter pego Aids com ele?

Psicóloga: É possível ter certeza que o responsável é unicamente você? [...]

Marcelo: [...] De fato não tem como sabermos. [silêncio] E sobre o risco, sim, faz sentido sim, claro. Até brincávamos com isso. Era como brincar de roleta russa, sabe?

Tomando por base essa fala, o risco estaria relacionado não apenas ao comportamento sexual com rotatividade de parceiros masculinos, mas também à manutenção de relações sexuais sem a devida prevenção/proteção, tornando-se evidente a possibilidade de irrupção dos perigos. Assumia, pois, a responsabilização pessoal pela possível contração da doença. Com o advento da Aids, elaborou-se um discurso de estratégias de cuidados e responsabilidades individuais em prol da saúde, caso houvessem falhas nesse sentido, leia-se, o sujeito fosse contaminado pelo vírus, ele seria culpabilizado por não ter assumido o protagonismo político dos cuidados à sua saúde. Trata-se de uma ideologia de moralidade do corpo, das condutas e da saúde (Paula & Lago, 2013).

Neste caso clínico em tela, Marcelo havia cometido excessos ligados aos seus desejos e ao uso dos prazeres do corpo. A marca indelével de sua falta de cuidado estaria inscrita, de modo emblemático, em seu corpo que agora doente, agoniza. O corpo experimenta não apenas as sensações de prazer, mas também de dor. Foucault considerava de extrema importância a possibilidade de utilizar nosso corpo como possível fonte de uma multiplicidade de prazeres. Daí passou a buscar, em seus estudos, formas

alternativas para compreensão da relação dos indivíduos com os corpos e prazeres. Seriam formas de compreensão de si mesmo que não estariam centradas no desejo tampouco em identidades sexuais.

As demandas de criação das novas corporeidades, dos novos usos dos prazeres e de outras formas de relações, por sua vez, promovem a emergência de novos estilos de existir ou estéticas de existência. Estas reivindicações emancipatórias e políticas, de novos modos de ser, agir e viver no mundo exige por outro lado, a necessidade de novas problematizações. Foucault tinha uma visão sobre sexualidade como um campo a ser elaborado, compreendido, com estilização de condutas (Foucault, 2004).

O recorte da fala de Marcelo acima também aponta para o processo de ressignificação do sentimento de culpa vivenciado após o diagnóstico. A intervenção da psicóloga, ao questionar sobre o comportamento de risco, acaba por fazê-lo elaborar e redimensionar o peso da sua responsabilidade, transformando a angustia em empoderamento da situação vivenciada e maior clareza diante das possibilidades suscitadas pelo adoecimento. Essa intervenção clínica foi demasiadamente importante, pois a certeza de que não iria revelar ao companheiro sua condição sorológica transformou-se em dúvida. A angústia enquanto uma experiência eminentemente individual, marca a singularidade do ser, é através dela que o homem se defronta com a realidade de seus limites. O sujeito, por sua vez, tem a tarefa de tecer um feixe de significados e sentidos, criando o mundo e atribuindo-lhe determinadas configurações, sendo, portanto, uma relação afetiva e dinâmica. É um lançar-se contínuo às possibilidades incessantemente renovadas.

Não se pode negar que o dispositivo da Aids cria resistências, assujeitamentos. O medo do julgamento, o receio do preconceito, da estigmatização e do rechaço social desencoraja a revelação do diagnóstico da soropositividade para a família, amigos e no trabalho, acarretando, conseqüentemente, prejuízos de ordem afetiva, solidão e exclusão (Gomes, Silva, & Oliveira, 2011). Isto aparece no seguinte fragmento:

Marcelo: O que me destrói é que passarei por isso sozinho. [Choro]

Psicóloga: Porque a escolha de passar por tudo isso sozinho?

Marcelo: Dra. eu não posso dizer a minha mãe o motivo do meu adoecimento, o prognóstico... É muita coisa pra ela absorver e concordar e sei que isso não vai acontecer, então prefiro pagar o preço de estar sozinho nesse momento do que sofrer ainda pelo sofrimento dela, pela decepção dela diante da minha escolha sexual e pelo diagnóstico de HIV positivo.

No que concerne às concepções foucaultianas quanto ao dispositivo da sexualidade, pode-se dizer que este produziu prescrição de normas que interferem na constituição das identidades sexuais dos sujeitos. O dispositivo é algo estabelecido pelo poder como meio de controle e coerção, pretendendo, pois, regular a relação com os prazeres e o corpo. Com suas verdades e valores morais, o dispositivo da sexualidade dita aquilo a ser praticado ou não, interferindo nas subjetividades. Devemos lembrar que a gênese do sofrimento

de Marcelo não era apenas o diagnóstico de soropositividade, ele estava vivenciando um prognóstico em que a morte não pode ser evitada. Na clínica psicológica observamos que o diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura ressoa, com frequência, como um grito de uma condenação à morte a curto ou médio prazo e que, inevitavelmente sua vida passará por significativas mudanças. A morte é uma possibilidade permanente, capaz de tornar todas as outras possibilidades impossíveis, no dizer heideggeriano. O desenho deste cenário confirma para o sujeito o caráter de incerteza quanto às perspectivas de futuro, de imprevisibilidade, de falta de garantias, revelando-lhe, assim, um mundo potencialmente inseguro, ameaçador e perigoso, capaz de minar sua capacidade imaginativa e potencialidade criativa. A situação de impotência, a vulnerabilidade, o sentimento de desamparo e a angústia se instalam; surgem os conflitos, frustrações, arrependimentos, dificuldade de aceitação, além das preocupações relativas aos projetos em andamento que ainda não foram concluídos. É nesse sentido que Marcelo, ao ser questionado sobre a sensação diante do que estava vivendo, responde:

Marcelo: É difícil... Me sinto respeitado, mas é difícil dizer que estou bem. Acho que o mais verídico é dizer que fisicamente estou bem, mas emocionalmente é muita coisa acontecendo... Não esperava viver isso, não esperava ter uma vida tão curta...

Psicóloga: Entendo... Quanto a "ter uma vida curta", alguém falou sobre um prazo de vida pra você?

Marcelo: Não. Mas, eu sei que minha vida não será longa. [Silêncio] [Choro]

Se a revelação do diagnóstico irrompe como "sopro da morte", entra em cena o poder médico que pretende dirigir toda a ação de saúde tanto em termo de prescrições quanto em proscições, gerenciando e governando, assim, a vida dos pacientes que se tornam objetos de sua doença pelo fato de requererem cuidados contínuos, intensivos e permanentes. Todavia, eis que surge outra demanda que não médica, a do sujeito. Torna-se, portanto, fundamental entrar em cena o psicólogo para viabilizar o encontro entre dois sujeitos: o profissional disponível para escutar e inclinar-se diante de outro sujeito que carrega uma voz única e um saber sobre o seu sofrer, além de estar situado em seus entornos e atravessado pela cultura. Trata-se da singularidade do caso clínico.

Às análises ancoradas no referencial foucaultiano interessa como fazer da vida uma experiência transformadora, o sujeito renovando-se a cada nova experiência e, a um só tempo, liberando-se dos valores morais impostos e regulados pelo social. A partir dessas prerrogativas, fizemos a leitura clínica de que a opção de Marcelo pela palição se deu enquanto possibilidade de reconstrução de uma estética da existência, tal como podemos apreciar neste trecho da entrevista:

Psicóloga: O que te fez optar pelo tratamento paliativo com tão pouco tempo de descoberta do diagnóstico? [choro] [silêncio]

Marcelo: [...] Cheguei a fazer 15 sessões de quimioterapia, passei por um

processo pesado de reações que tinham vômitos, enjoos, dores, queda de cabelos... E aí agora o câncer voltou, está nos testículos e inicialmente deveria ser operado, como minha taxa de leucócitos estava muito alta, o médico disse que seria necessário o teste de HIV, mas eu não esperava que daria positivo... Então agora eu teria que cuidar inicialmente da AIDS, melhorar minha imunidade, melhorar minhas taxas para voltar aos medicamentos e tratamento do câncer... [O paciente suspira]... Não farei tudo isso... [choro]. [...] A decisão é minha.

O câncer e a Aids são doenças responsáveis por elevados índices de morbidade e mortalidade. A pesada carga emocional decorrente do quadro metastático e da descoberta de contração do vírus HIV assolava o paciente de angústia, dúvidas, medos, fazendo-o conviver permanentemente com a certeza da morte. Aliado a isso, o aspecto da incurabilidade, exames, distúrbio imunológico, tratamento antirretroviral além de outras medicações, cirurgia, fizeram-no optar pelos cuidados paliativos como modalidade assistencial na qual o foco não mais seria a doença, mas o sujeito doente que padece de sofrimento, abrandando a dor e promovendo o alívio dos sintomas desconfortáveis.

Entendemos que decidir pela manutenção do segredo, guardando consigo a opção pelos cuidados paliativos, estaria possivelmente, buscando novas formas de existência, de vivência de suas dores e seus prazeres, além de tratar-se de uma escolha política. A liberdade de escolha pela palição, neste contexto, seria uma prática de invenção de novos modos de subjetivação. Nesse processo criativo de construção de um novo modo de vida independente de normas, regras sociais, ditames e prescrições médicas, cria sua ética individual:

Marcelo: Quero retomar meu trabalho, que deixei porque não tinha condições físicas de trabalhar e agora tenho. Quero voltar a tocar, nunca mais peguei no meu violão, porque não tinha motivos que me deixassem feliz a ponto de querer tocar. E principalmente quero visitar minha mãe com mais frequência, sem que ela saiba que é uma despedida... [choro].

Psicóloga: Entendo suas questões. O que seria a retomada do trabalho, o voltar a tocar violão, as visitas à sua mãe?

Marcelo: [Choro] Seria voltar a uma vida que tinha e perdi e que em breve perderei novamente.

Na ação clínica psicológica, a diretriz que norteará o trabalho é propiciar um espaço onde o sujeito que padece de sofrimento possa falar e escutar para produzir sentido sobre a experiência de conviver como uma doença crônica e estigmatizante. O prognóstico dado a Marcelo se apresenta com toda a sua dimensão conflitiva; os impactos; as implicações no tratamento; adesão aos medicamentos; situações de risco; prevenção aos agravos. Diante desse contexto é importante disponibilizar a acolhida, o suporte emocional, a construção de vínculos, buscando estimular o sujeito a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e seus efeitos sobre a vida além de encorajá-lo aos planos a realizar. Trata-se da humanização na assistência

Psicóloga: Qual a sensação agora, diante da escolha pelo tratamento paliativo?

Marcelo: Que tenho mais uma oportunidade de curtir tudo aquilo que eu gosto, as pessoas que eu gosto e de escolher como quero morrer e onde quero ficar... Temos um túmulo, onde meu pai está, mas não quero ficar perto dele, quero ficar perto do meu avô. Olha só, eu nunca tinha dito isso! [...]

Psicóloga: Parece que de alguma forma você está conseguindo ver algo bom nessa situação, é assim?

Marcelo: Sim. Estou. Quero cuidar apenas do que é prioridade, a Aids... e estar bem nos meus últimos dias.

Evidencia-se neste discurso, o quão pulsa uma vida transbordante, no percurso inexorável de doença incurável, marcada com piora progressiva, aproximando-o da morte. A impotência ante o processo de morrer e da morte, transforma-se numa fonte criadora inesgotável de vida pulsante, conduzindo-o a intensas reflexões acerca do significado de seu existir. Para minorar o sofrimento psíquico, busca saídas criativas: trabalho, música, família como um caminho possível para lidar com a perplexidade de uma existência constantemente acossada por perigos e ameaças.

Isso tudo nos remete à dimensão do cuidado. Primeiramente, chama-nos a atenção que etimologicamente a palavra cuidar significa: ter cuidado, tratar de, assistir. Procede do latim “cogitare”, cujo significado, dentre outros, é pensar, imaginar, meditar, supor, refletir de modo positivo sobre algo ou alguém. O cuidar faz parte da dimensão construtiva no sujeito. A escuta, na prática clínica, dos pacientes acometidos por doenças graves irreversíveis que se confrontam com esta situação-limite, requer do psicólogo sensibilidade e coragem para se deixar afetar pela demanda do outro. Nesta perspectiva, o cuidado de si abrange inúmeras práticas, experiências modificadoras da existência, cuja finalidade é transformar o ser do sujeito, possibilitar a reinvenção e, assim, estabelecer para si um modo de vida ético, belo e estético.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento marca a primeira experiência radical do início da efetiva condição humana. A vulnerabilidade do corpo e a finitude são signos da humanidade, representando, concomitantemente, mistério pela incapacidade do sujeito de compreensão em plenitude da significação do existir e também desafio pela ambição e obsessão insana de domar a morte e dilatar indefinidamente a vida. A única certeza do humano é a própria mortalidade. Somos mobilizados pela angústia de nos sabermos inexoravelmente mortais. Nos cânones da cultura contemporânea que valoriza demasiadamente produção, consumo, beleza, vitalidade e saúde, trilhar por caminhos de enfermidades graves e letais exige do sujeito capacidade de superação, resistência, mesmo em sua condição de doente, desamparado, dependente e frágil emocionalmente.

A proximidade da morte carrega em si implicações gestadas no medo, recusa, impotência, fracasso, culpa. Todos esses sentimentos subjazem a experiência do adoecimento, devendo, portanto, serem levados em consideração nos momentos solenes do final de uma existência. Neste estudo de caso de Marcelo os tempos (passado e presente) projetaram-no para o futuro, com permanência do desejo e da satisfação. Nos instantes derradeiros, assoma à saída da vida, com o transbordamento de toda a potencialidade criativa, expandindo sua capacidade amorosa e tenra pela figura materna, aprofundando os laços de afeição, valorizando tudo aquilo que é vivo, que lhe confere sentido existencial e, sobretudo, que lhe faz sentir-se realizado e feliz.

Isto implica em romper com todas as formas de controle, principalmente da sexualidade e resistência às práticas de normalização materializadas em saberes-poderes médicos os quais vão sutilmente se instalando e investindo sobre nossos corpos. Resistir a essas interpelações constantes constitui-se sempre como um grande desafio.

À título de ilustração temos, por exemplo, o discurso nas campanhas sanitárias do Brasil e das políticas públicas de prevenção da Aids como formas de vigilância. Prevenção pressupõe a possibilidade de se adotar condutas moralizantes, racionalizadas e de assujeitamento. Estamos falando, pois, de subjetividades controladas, assujeitadas que incorporam as prescrições disciplinares. O sujeito deste estudo ao fazer sua escolha pela palição, assume um ato de liberdade, criativo e de exercício da autonomia.

No intento de completar o inacabamento de sua própria vida, Marcelo utiliza o mecanismo de sustentação do seu desejo não enquanto falta, mas como produção e criação que são constituintes de nossa formação subjetiva. Isso lhe fez mudar radicalmente a sua forma de experimentação da vida diante do quadro de adoecimento. Seus desejos foram sustentados enquanto ética e estética de si. Resta dizer: trata-se do transbordamento de vida que ultrapassou os limites do prenúncio da morte.

REFERÊNCIAS

Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 114, 197-223.

Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France*, 3a ed. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2004). O cuidado com a verdade. In M. B. Motta (Ed.). *Ética, sexualidade, política* (pp. 240-251). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M (1985). *Microfísica do Poder*. (Organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal, 5a ed. Graal.

Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal

Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representação social da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidiana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 485-492.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lei 9313/96 | Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109536/lei-9313-96>.

Minayo, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Cuidados Paliativos*. Disponível em http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:oms-saude-2010&catid=21:saude&Itemid=97. Recuperado em 13/11/13.

Paula, P. S. R., & Lago, M. C. S. (2013). Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. *Ciencias Sociales y Educacion*, 2(4), 43-67.

Spink, M. J. (2000). A Ética na Perspectiva Social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adoecimento 46, 47, 65, 85, 89, 176, 177, 178, 183, 187

Adoecimento psíquico 46, 47, 65

Adolescentes 7, 8, 9, 10, 12, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 65, 68, 98, 99, 103, 145, 202

Aprendizagem 9, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 84, 89, 189, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Atuação dos Psicólogos no CAPS-AD 155

Autocuidado 56, 60, 66, 117, 118

B

Bullying 40, 46, 47, 51, 53, 54, 97

C

Clínica psicológica 176, 177, 178, 184, 185

Competências 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 57, 89, 93, 123, 125, 129

Conversação 7, 10, 11, 12

D

Dependência química 155, 168, 169, 170, 172

E

Embodiment 18, 19, 26, 27

Emoções 20, 21, 23, 24, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 83, 84, 88

Enfoque centrado en soluciones 95

Entrevista motivacional 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

Escola 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 123, 125, 146, 147, 149, 156, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

Escuta 7, 9, 10, 15, 16, 27, 171, 177, 179, 180, 186

F

Família 9, 37, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 62, 63, 64, 65, 68, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 149, 156, 159, 163, 170, 172, 173, 174, 183, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201

Finitude 176, 177, 179, 186

Formação profissional 70, 131, 132, 133, 136

G

Gestão em Saúde Mental 155

I

Inconsciente 1, 2, 4, 5, 10, 12, 15, 21, 24, 52, 83, 84, 85, 203

Interés por la carrera científica 70, 72, 75

Intervenção psicológica 60

L

Lacan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 16

Literatura 60, 67, 94, 124, 144, 165

M

Memória 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 83, 148, 173, 195, 196

Morrer 176, 180, 186

Movimentos sociais 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Mudança 12, 21, 28, 67, 68, 123, 124, 125, 128, 129, 149, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 189

O

O novo 7, 9, 10, 22

P

Pedagogía crítica 70, 73, 75, 78, 79

Pedagogía feminista 70, 72, 74, 76, 79

Políticas públicas 5, 51, 52, 53, 60, 78, 151, 153, 155, 156, 157, 160, 162, 166, 168, 174, 187

Práctica docente 70, 72, 74

Psicanálise 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 92, 203

Psicología positiva 95, 96, 103

Psicologia social 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154

R

Rede secundária 123, 124, 128, 129, 130

Relações abusivas 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69

Relações de poder 60, 63, 64, 65, 152

Rezago universitario 131

S

Saúde pública 53, 54, 94, 155, 159, 160, 168, 169, 174

Sessão única 95, 102

Suicídio 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104

Sujeito 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 33, 57, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 88, 145, 148, 152, 159, 168, 172, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187

T

Terapia cognitivo comportamental 55, 58, 60, 80, 81, 83, 88, 89, 92

Terapia familiar 108, 109, 110, 113, 116, 117, 121, 123, 124, 125, 130

Transtorno de ansiedade social 55, 56, 58, 59

Transtornos mentais comuns 46, 47, 53

Tratamento 18, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 49, 52, 55, 57, 58, 59, 80, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 158, 160, 163, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 184, 185, 186, 192, 196, 198

Trauma 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31

Tutorias 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143

V

Violência 9, 14, 40, 43, 50, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 124, 129, 158

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2022

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2022