

FERNANDO CESAR CHACRA

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

EMPATIA E COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
Uma semiologia *autopoiética* do vínculo

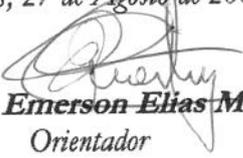
Campinas

2002

FERNANDO CESAR CHACRA

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 27 de Agosto de 2002.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

EMPATIA E COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
Uma semiologia *autopoiética* do vínculo

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Campinas
2002

060 3300 88

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	C344e
V	EX
TOMBO BCI	55723
PHOC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17/09/03
Nº CPD	

CM00188146-7

BIBID. 300867

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C344e	<p>Chacra, Fernando Cesar Empatia e comunicação na relação médico-paciente : uma semiologia autopoietica do vínculo / Fernando Cesar Chacra. Campinas, SP : [s.n.], 2002.</p> <p align="center">Orientador : Emerson Elias Merhy Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Tecnologia médica. 2. Semiologia (Medicina). 3. Subjetividade. 4. Autonomia. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	---

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Prof.Dr. Luis Carlos de Oliveira Cecilio

3. Profa. Dra Solange L'Abbate

4. Prof. Dra. Maria Heloísa da Rocha Medeiros

5. Prof. Dr. Roberto Tykanori Kynoshita

Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/082002

Em memória de minha mãe Alice, com quem aprendi a amar
Ao devir de meu filho Glauber, com quem convivo em amor

Entre a memória e o devir...

A mim mesmo, meu presente e a meus momentos de
solidão...

Agradecimentos

Agradeço ao Emerson Elias Merhy, por tudo o que ele representa para mim como médico, sanitariano, pensador, professor e orientador. Agradeço poder conviver e poder apreender suas idéias e compartilhar de seus ideais... Agradeço a paciência e a confiança neste meu processo de Doutorado.

Agradeço aos amigos Vera Colucci e Terence Hill, pela certeza do *holding* sempre presente em nossa amizade, pelo apoio em momentos cruciais da pesquisa e pelo entusiasmo que sempre me suscitam.

Agradeço ao Carlos Roberto Soares Rivoredo, pela oportunidade de conviver com o sua paixão pelo que faz, e sua fé na possibilidade de criação de novos rumos *semiológicos* com nossos alunos... Agradeço, também, seu apoio, interlocução e sugestões neste meu trabalho.

Agradeço a vivacidade de minha querida amiga Maria da Glória Góia Coelho, a oportunidade de ter convivido com seu trabalho, sua parceria e sua confiança na possibilidade de recriar meu papel como médico.

Agradeço à Maria Silvia Sissa Carvalho pela convivência com suas idéias e com suas criações *autopoiéticas* e também pelas inúmeras oportunidades que tivemos juntos de criar processos cognitivos afetivados...

Agradeço à Rosely Penacci, por poder contar com sua ajuda, que tanto tem me feito crescer e confiar nos caminhos que estou seguindo.

Agradeço à Regina Célia Lucizani Müller pelo apoio e confiança atribuída a minhas idéias e trabalho com nossos adolescentes.

Agradeço à companheira de trabalho Dayse Maria Borges Keyralla por toda interlocução a respeito da relação psicologia e pediatria e pelo apoio a minha carreira.

Agradeço a Laymert Garcia dos Santos pelo apoio às minhas idéias quando eram um projeto e pela apresentação à produção teórica de Humberto Maturana e Francisco Varela.

Agradeço à Eliana Barinson pela oportunidade de entrar em contato e tentar compreender a densidade da *Ética* de Espinosa.

Agradeço a minha querida amiga Cenise Monte Vicente por ter me apresentado o conceito de Resiliência e por fazer parte de minha rede de apoio.

Agradeço ao Willians Valentine que tem me ensinado muito a como viver a vida em alegria.

Agradeço à Mariara Molina por toda sua sabedoria ética.

Agradeço aos colegas da Pediatria Social pela oportunidade de compartilhar os mesmos *territórios* de trabalho e por toda ajuda possível neste momento de tese...

Agradeço, em especial, ao apoio do amigo e companheiro Ricardo Carrafa e toda sua disposição em me ajudar.

Agradeço ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, pela oportunidade de realizar este doutoramento e pela confiança em meu trabalho como professor e tutor dos Residentes.

Agradeço à Solange L'Abbate e ao Luís Carlos de Oliveira Cecílio pela leitura rica, compreensiva e apoio afetuoso no momento da prova de qualificação. Espero ter incorporado as suas sugestões.

Agradeço ao LACES e a todas (os) lacianas (os) pelo acolhimento e oportunidade de conviver com a criatividade de vocês.

Agradeço à Leuci, secretária da sub-comissão de pós-graduação, pela ajuda, sempre afetiva, em lidar com as burocracias, datas e matrículas.

Agradeço ao Serviço de Apoio Didático da FCM UNICAMP, em especial à Maria José Teodora Carrera Rey pelo trabalho de correção do português.

Agradeço ao Rodrigo Filizola pelo apoio e interlocução neste meu processo de tese e pela convivência na residência médica.

Agradeço à Adriana e ao Adail pela convivência desafiadora e amiga nos anos que fomos tutores junto aos residentes da Preventiva.

Agradeço a todos os alunos e médicos residentes com quem tenho convivido todos estes anos de trabalho tanto na UNICAMP, como na PUC-Campinas.

Agradeço a todos os funcionários do Departamento de Pediatria e do Departamento De Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP pelo apoio em meu cotidiano de trabalho.

Agradeço a todos os funcionários e funcionárias dos serviços onde tenho trabalhado, pelo desafio constante que é produzir serviços públicos de saúde com qualidade.

Agradeço aos pacientes pela confiança, respeito, e acima de tudo pela possibilidade de me refletir através deles.

Agradeço a todos os familiares e amigos queridos que fizeram ou fazem parte desta minha aventura de viver.

Agradeço o amor fraterno de minha irmã Liciania, sempre companheira, confidente, e fruto de um mesmo amor que gerou a mim e nossos irmãos.

Agradeço ao Júnior e à Thaís a possibilidade de viver a alegria fraterna de ser seu irmão.

Agradeço à Maria Laura pela possibilidade de ser seu tio e compartilhar momentos alegres e difíceis como este do vestibular...

Agradeço a meu pai José Chacra por toda sua possibilidade amorosa em meu processo de vida e por sua segurança sempre presente em nossa infância, adolescência e início da vida adulta.

Agradeço à Dalva Cacique dos Santos por cuidar tão bem de nossa família e também pela oportunidade de conviver com toda sua linda família.

Agradeço ao Senhor Antônio pelo aprendizado a respeito da *intuição*, quando nos encontramos em nossos jardins e matas...

Agradeço a meu filho Glauber por estar convivendo com sua *autopoiese* e pela alegria e sentido que me dá à vida.

Agradeço a minha companheira Amarillys por nossas conversas cotidianas a respeito de nossos “pacientes”, sobre a semiologia do sutil e do vibrátil, por sua colaboração e cuidados comigo neste momento de tese. Agradeço-a, também, por toda a força de nosso amor, nossas provas, nossas confidências, nossos desejos comuns, e principalmente, por toda nossa *ternura de mãos se afagando*...

“Sim, há pensamentos mortos e pensamentos vivos. O raciocínio que se move na superfície iluminada, que a qualquer instante pode ser conferido pelo fio da causalidade, não é necessariamente o pensamento vivo. Um pensamento que se encontra por esse meio permanece indiferente, como um homem qualquer marchando numa fila de soldados. Um pensamento – mesmo que tenha passado pela nossa mente há muito tempo – só viverá no instante em que alguma coisa, que já não é o pensar, que já não é lógica, se acrescenta a ele, de modo que sentimos sua verdade para além de qualquer justificação, como uma âncora que dilacera a carne viva e ensangüentada... Uma grande compreensão só se realiza no solo escuro do mais íntimo de nós e é, antes de mais nada, um estado de alma em cuja ponta extrema, como uma flor, pousa o pensamento.”

(Robert Musil, *O Jovem Torless*, 1906, p.188)



Sumário

Resumo	xxxvii
Abstract	xxxix
Apresentação do autor pelo autor	41
Introdução	45
<i>O problema e os disparadores</i>	45
<i>A hipótese</i>	49
<i>Delineando um objeto de pesquisa</i>	49
<i>Justificativa</i>	50
<i>Objetivos</i>	52
<i>Sujeitos</i>	53
<i>As fontes e instrumentos</i>	54
<i>Os serviços</i>	56
<i>Referências teóricas</i>	57
Metodologia	61
<i>Fundamentação teórica</i>	61
<i>Conceitos teóricos fundamentais</i>	66
<i>O método</i>	72
Primeira pessoa: irredutibilidade da experiência	72
Segunda pessoa: interlocuções empáticas	76
Terceira pessoa: confecção de conceitos	81
O texto	82

A disposição	85
O corpo vibrátil	87
<i>Corpo, sentidos e percepção</i>	89
<i>O Sistema nervoso como rede neuronal fechada</i>	96
<i>Movimento como aceitação física da mudança</i>	97
<i>Incorporação de elementos: renovar a Substância</i>	100
<i>Excreção de dejetos: a morte nossa de cada dia</i>	101
<i>O Reproduzir-se e a sensualidade recorrente</i>	101
<i>Sistema imune como rede cognitiva</i>	102
<i>Subjetividade e fisiologia</i>	106
Necessidades e Desejos: Maria Rita e os três filhos	111
A constituição da subjetividade	113
A esfera <i>Conatus</i> : necessidades, instintos e pulsões	114
A esfera <i>Pathos</i> : emoções, sentimentos e paixões	117
A esfera <i>Logos</i> : memória, pensamento e linguagem	125
A esfera <i>Êthos</i> : ética imanente	129
<i>Sobre a consciência e o inconsciente e os diferentes Eus</i>	135
Jovelina	141
Agenciamentos internos da Subjetividade: as esferas e suas intersecções	145
Em conexão: entre fluxos e contra-fluxos subjetivos	171
Da subjetividade constituída ao acoplamento estrutural	175
<i>Enação</i>	176
<i>Fluxos subjetivos</i>	178
<i>Imitação, simulação e metamorfose</i>	180
<i>Contrametamorfose</i>	186

<i>Intenção e atenção</i>	188
<i>Contextos subjetivos</i>	189
<i>Acoplamento estrutural</i>	194
Interesse e conexão	201
Instituições médicas e de saúde e os contextos subjetivos	207
<i>A Medicina</i>	207
<i>A pediatria e a assistência ao adolescente</i>	209
<i>A Saúde Pública</i>	210
<i>Os Serviços de Saúde</i>	210
<i>Abrir a porta: sobre o meu consultório</i>	217
Sob pressão	221
O Vínculo como sintonia de vibrações	223
<i>O Eu atento</i>	225
<i>Ressonância de Empatia</i>	227
<i>A Ressonância de Comunicação</i>	230
<i>O momento do dizer</i>	231
<i>Escutar e ouvir</i>	233
<i>Da sintonia à autopoiese</i>	235
Vínculos para se acompanhar vínculos	237
Ampliando a escuta	245
<u>Lumi</u>	246
A escuta permitida	259
<u>Dino Marconi</u>	260

<i>Conatus</i> : Riscos e forças	269
<u>Jane</u>	272
<i>Conatus</i> : provisão e prevenção	289
<u>A asma de Jeff</u>	290
<i>Pathos</i> : Emoções e Vínculo	295
Frustração	295
<u>Queimada, queima a dor, queimados</u>	295
Medo	302
<u>Firmino Filho</u>	302
Raiva e remorso	306
<u>O Natal de 1996</u>	306
Vazios	308
<u>Irineu</u>	308
<u>Pedro Mariano</u>	310
Angústia	314
<u>Isabela</u>	314
<i>Êthos</i> : sobre o ajudar e o resolver	323
<u>Lucas</u>	323
<u>O pedido de Cleberson</u>	335
Abrir a porta e encontrar a equipe	347
<u>André Wilson</u>	347
Para uma semiologia do Vínculo	361
Bibliografia	371

Lista de figuras e quadros

Figura 1: *Planômeno da existência*

Figura 2: *Esfera CONATUS: da sobrevivência, das pulsões e dos instintos*

Figura 3: *Esfera PATHOS: das Emoções, Sentimentos e Paixões*

Figura 4: *Esfera LOGOS: da cognição, da razão e da linguagem*

Figura 5: *Esfera do ÊTHOS, da consciência moral e da ética imanente*

Figura 6: *As essências das esferas da Subjetividade*

Figura 7: *Tentativa de representação gráfica dos Eus subjetivos e seus agenciamentos*

Figura 8: *Intersecção conatus-pathos*

Figura 9: *Intersecção logos-conatus*

Figura 10: *Intersecção logos-conatus-pathos*

Figura 11: *Intersecção logos-pathos*

Figura 12: *Intersecção logos-êthos*

Figura 13: *Intersecção logos-conatus-êthos*

Figura 14: *Intersecção êthos-pathos*

Figura 15: *Intersecção pathos-conatus-êthos*

Figura 16: *Intersecção logos-êthos-pathos*

Figura 17: *Acoplamento estrutural de terceira ordem do ser humano*

Figura 18: *Consultório e a disposição de equipamentos e pessoas no Centro de saúde A*

Figura 19: *Consultório do Centro de saúde B*

Figura 20: *Mudança na distribuição de móveis, equipamentos e posições das pessoas no Centro de Saúde B*

Figura 21: *Os pêndulos*

Figura 22: *Desenho da família de Lumi*

Figura 23: *Detalhe do desenho de Lumi sobre sua família e pensamentos*

Figura 24: *O lugar de Lumi*

Figura 25: *A Despedida de Lumi*

Figura 26a: *Desenho da família de Dino*

Figura 26b: *Desenho da Enurese de Dino por Dino*

- Figura 27: *Os desejos de Jane*
- Figura 28: *Desenho de Jane de sua Rede de Apoio*
- Figura 29: *Reatualização dos desejos de Jane*
- Figura 30: *Os Desejos de Berenice*
- Figura 31: *Desejos de Pedro Mariano*
- Figura 32: *Desenho da família de Isabela*
- Figura 33: *Desenho dos familiares como animais, que representam em parte o humor e ou o temperamento percebido por Isabela*
- Figura 34: *Desenho da família de Lucas*
- Figura 35: *Desenho da asma brônquica de Lucas*
- Figura 36: *Desenho da família de Cleberson*
- Figura 37: *Desenho dos familiares de Cleberson como animais*
- Figura 38: *Desenho da estória do Velho Chato por Cleberson*
- Figura 39: *desenho da família de André Wilson*
- Figura 40: *Os desejos de André Wilson (primeira etapa)*
- Figura 41: *Os desejos de André Wilson (Segunda etapa)*
- Figura 42: *Conjunto de alguns desenhos de crianças não incluídas no estudo*
- Figura 43: *A família de Cleo*
- Figura 44: *A sala de aula*
- Figura 45: *O medo de Arthur*
- Figura 46: *A enurese de Sílvio*
- Figura 47: *Um passeio em família*
- Figura 48: *A família de Bruno aos domingos*

Quadro 1: Tentativa do interlocutor pediatra de sintetizar as percepções das esferas da subjetividade no relato do autor

Lista de abreviaturas símbolos e sinais

- a – anos (idade)
- AF – Antecedentes familiares
- AP – Antecedentes pessoais
- APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- B - caracterização de linfócito, pré-processado na medula óssea (*bone marrow*)
- b.p.m. – batimentos cardíacos por minuto
- CD – *compact disc*
- C.D.C.A. – Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
- CIV – Comunicação inter-ventricular
- cm – centímetros (medida de comprimento)
- CS – Centro de Saúde
- C.T. – Conselho Tutelar
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- Enfa. - Enfermeira
- Est. - Estatura
- FC – Frequência cardíaca
- FEBEM – Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor
- FR – Frequência respiratória
- g – gramas (medida de peso)
- G1, G2, G3, G4, G5 – Classificação de maturação de genitais masculinos, segundo Tanner
- G2P1 – genitais masculinos desenvolvidos em nível 2 (crescimento testicular e escrotal, principalmente) e desenvolvimento de pilificação genital em nível 1, ausência de pelos, segundo Tanner
- GNL - núcleo geniculado lateral
- h, hs – hora, horas (medida de tempo)
- HD – Hipótese diagnóstica
- HMA – História da Moléstia Atual
- IC – Interrogatório complementar

Kg – Quilogramas (medida de peso)

Km – Quilómetros (medida de espaço)

M1, M2, M3, M4, M5 - Classificação de desenvolvimento mamário em mulheres púberes e adolescentes segundo critérios de Tanner

mmHg – milímetros de mercúrio (medida de pressão)

m.p.m – movimentos respiratórios por minuto

NK – tipo de linfócito (*Natural Killer*)

p., pp. – página, páginas

P1, P2, P3, P4, P5 – Classificação de desenvolvimento de pilificação genital masculina e feminina, segundo os critérios de Tanner

PA – Pressão arterial

SIC – informação significativa dada pelo paciente, que muitas vezes colocamos em dúvida

SNC – Sistema Nervoso Central

T – caracterização de linfócito, pré-processado no Timo

TV – Televisão

Simbolos e sinais de heredogramas ou familiogramas:

□ - pessoa do sexo masculino

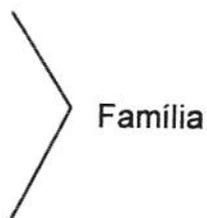
○ - pessoa do sexo feminino

◇ - pessoa de sexo não assinalado

□ — ○ - casal

□ — // — ○ - casal separado

■ ● ◆ - abortos e natimortos



† indicativo de morte

↖ indicativo do sujeito em questão

Resumo

Esta pesquisa parte da **hipótese** de que é possível criar uma semiologia do vínculo na relação médico-paciente que permita tanto ao médico como ao sujeito por ele atendido não se *dessubjetivarem* na relação. Esta criação, no entanto, depende de um esforço por parte do médico para não se deixar *capturar* pelo discurso da Medicina, que o transforma em *normatividade* e o paciente quase sempre em *doença*. O **objetivo** da pesquisa constitui a partir da experiência prática do autor e, de uma reflexão teórica sobre o objeto de trabalho do médico (o *corpo vibrátil*, subjetivo) encontrar elementos que possam subsidiar a reflexão *autopoiética* para cada médico repensar em seu contexto a sua forma de criar uma semiologia do vínculo. Do **ponto de vista teórico**, parte-se da Teoria da Biologia do Conhecimento, de Humberto Maturana e Francisco J. Varela com suas categorias de *autopoiese*, *acoplamento estrutural* e *competência ética*, aproximando-as da filosofia de Gilles Deleuze e Félix Guattari e das concepções da *Ética* de Baruch Espinosa. **Metodologicamente**, trata-se de uma investigação qualitativa centrada na *experiência* de Primeira pessoa, a partir das propostas de Francisco Verela e Jonathan Shear. Para estes autores, as metodologias de Primeira pessoa não só aceitam a experiência como um domínio a ser explorado tanto em nível filosófico como científico, assim como a consideram marca concreta de nossa *existência em ato* e ponto privilegiado para transformação das intervenções e práticas profissionais. Os **resultados** são apresentados através do relato vivo na experiência de Primeira pessoa do autor em contato com seus pacientes, com comentários de interlocutores que possibilitaram a sua posição em Segunda pessoa e através da criação de conceitos que permitem uma reflexão em posição de Terceira pessoa a respeito do objeto de investigação: a relação e suas possibilidades de vínculo.

Palavras chave: 1. Tecnologia médica. 2. Semiologia (Medicina). 3. Subjetividade. 4. Autonomia.

Abstract

The present thesis is based on the **hypothesis** that it is possible to create a semiology of the bond existing between doctor and patient, a semiology that will allow one and the other to avoid *de-subjectivation* in that relationship. The establishment of such a semiology, however, depends on an effort by the physician to resist being taken in by medical discourse, which tends to transform doctors into normativity and patients into disease or disorder. The study is based on practical experience and on a discussion of the doctor's object of work, the *vibratile* subjective body. The study's **objective**, on the other hand, is to pinpoint aspects that may provide more solid grounds for a *self-poietic* discussion by each individual physician concerning a semiology of the bond. **Theoretically**, the study is based on the Knowledge of Biology Theory, by Humberto Maturana and Francisco J. Varela. These authors postulate the categories of *self-poiesis*, *structural coupling*, and *ethical competence*, approximating them to the philosophy of Gilles Deleuze and Felix Guattari and to conceptions found in Baruch Spinoza's *Ethics*. **Methodologically**, the study is a qualitative investigation focused on First-person experience and based on the proposals of Francisco Varela and Jonathan Shear, for whom First-person methodologies not only accept experience as a domain to be explored in both philosophical and scientific terms, but also consider it a concrete aspect of our *existence in act* and an exceptional starting point for modifying professional interventions and practices. The **results** are presented through living report into the author's First-person experience with his patients, including interlocutors comments, that enable his Second person position. And also, through the concepts creation that allows a Third person position thinking about the investigation object: medical relationship and its possibilities of bond.

Key words: 1. Medical technology; 2. Semiology (medicine); 3. Subjectivity; 4. Autonomy.

Apresentação do autor pelo autor

“O desejo é o apelo à comunicação inter-humana.”

(DOLTO, Françoise, 1984, p. 217)

Sempre é bom apresentar-se ao aproximar-se de alguém. Muitos me conhecem, porém, creio que, na realidade, conhecem traços de minha personalidade, de meu temperamento, que se misturam com algumas imagens de minha biografia, e avaliações que muitas vezes tornam-se “coletivas” do meu jeito de ser. Pois, quem sou eu? Pergunta difícil de responder. Poderia tentar me apresentar a partir de uma tentativa autobiográfica e do que em essência carrego desta biografia: em especial, de meu papel como médico pediatra e sanitarista, trago a criança, filho de uma ex-auxiliar de Puericultura, (que admirava e, ao mesmo tempo, fazia sérias críticas aos médicos com quem trabalhara) e de um comerciante, que sempre procurou propiciar estudos aos filhos que os fizessem mais “independentes” nas relações com os outros (ou, talvez no seu compreender, mais poderosos). Desta mistura me produzi, mas é também dela que desejo “livrar-me” (se é que isto seja possível!).

Algumas pessoas que me são muito íntimas poderiam dizer um pouco mais sobre mim. De certo, como se diz, comumente, só se conhece alguém quando se convive intimamente com ele. Nada mais ingrato com o desejo. O desejo de ser. O desejo como apelo à comunicação inter-humana. E assim será como pretendo apresentar-me aqui. Meu apelo à comunicação cada vez mais entoa o desejo de saber ouvir o outro e permitir-me que seu toque, sua imagem, suas palavras, enfim, o seu vibrar me toque no mais íntimo de meu ser, para ali, recriar minha imagem a partir da representação criada e recriada da sua. Esta tem sido minha busca, constante, nestes últimos seis anos, pelo menos. E a busca deste saber parte de dois pontos cruciais que a vida me colocou com veemência: ter que redirecionar meus caminhos profissionais e ao mesmo tempo radicalizar na coerência do que busco ser como ser humano, e meus múltiplos papéis (amigo, companheiro, marido, pai, irmão, filho, professor, educador, médico, pós-graduando, orientando, etc.).

Mudar e continuar a ser. Mudar sem deixar de ser o que se é. Perder o medo de ser autêntico. Este tem sido o desafio mais recente de minha vida. E neste processo a produção de um trabalho de doutorado o reflete. Como reflexão de mim sobre o eu e o outro do meu cotidiano de trabalho. Um buscar atento de um encontro de vibrações que pode reverberar muitas vezes, mas se faz feliz quando encontra uma certa ressonância, que nos alimenta, mutuamente, e nos faz sentir potentes de vida.

A preocupação com a compreensão desta busca de sintonia com o outro e, em especial na relação médico-paciente, é resultante de todo um esforço de compreensão do que chamamos de perspicácia, que se iniciou em minha dissertação de mestrado¹, com o contato com as concepções de metamorfose de Elias Canetti, e com a produção de Laymert Garcia dos Santos, e, posteriormente, já em processo de doutorado, com as concepções de autonomia e autopoiese de Francisco Varela e Humberto Maturana, respectivamente. No entanto, foi uma experiência fugaz, porém intensamente profunda, que marcou a decisão de que este deveria ser o caminho correto de minha busca de saber. Aí, encontrava-se o desejo de comunicação que necessitava tornar-se um apelo. Vou descrevê-lo.

Na mesma época em que dava por encerrado o processo do mestrado, em plena efervescência mental a respeito de sintonia de vibração, perspicácia e semiologia do trabalho médico, todas as tardes quando deixava o apartamento para ir ao trabalho, minha atenção era desviada por uma menina que quase sempre podia ser vista ao sol, acompanhada de outra que deveria ser um pouco mais velha, mas que a carregava como uma boneca. Lívia e Roberta² pareciam viver uma relação tão forte, ao mesmo tempo intrigante, porém singela. Lívia tinha, então, 9 anos e Roberta, 11. Lívia era toda lívida e delicada. Fora acometida de toxoplasmose congênita, e ficara com sérias seqüelas neurológicas, que vinham provocando inúmeras dificuldades em seu desenvolvimento. Era tida como cega e surda, com um desenvolvimento nutricional muito próximo do esperado para uma menina de sua idade, porém, do ponto de vista neuro-

¹ CHACRA, F. *Necessidades de Saúde e Diagnósticos Médicos: Crianças em Idade Escolar, seus incômodos e o Desejo de Comunicação com a Medicina*. Campinas, 1995. [Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-UNICAMP].

² Lívia e Roberta são nomes fictícios, como todos os nomes de pessoas e pacientes que aqui serão relatados, com os quais convivi e me relacionei profissionalmente

psíquico, era quase que totalmente dependente. Sua comunicação se fazia essencialmente com o corpo, que adquiria movimentos, aparentemente, descoordenados, porém suaves, arrastando-se pelo chão, oscilando movimentos flácidos com deslocamentos eficazes e significativos. Transitava o tempo todo entre o colo de Roberta e o chão aquecido pelo sol. Emitia sons que aparentavam apelos e, muitas vezes até mesmo ordens que logo eram compreendidas e atendidas por Roberta. Esta convivia com Lívia desde os seus 4 anos de idade. Morena, tinha uma expressão radiante de alegria e movimento. Era filha da empregada da família de Lívia e parecia estar sempre feliz com sua tarefa de cuidar da menina.

Um dia, me aproximei mais das duas e Roberta perguntou se eu queria carregar Lívia no colo. Respondi com a pergunta se ela podia saber se Lívia tinha este desejo e a resposta foi a de que ela adorava explorar o colo de pessoas diferentes. Aceitei tomá-la cuidadosamente em meus braços. Fui de imediato abraçado e acariciado com suas mãos, que aparentavam fazer uma leitura de meu corpo. Com o rosto tocou minha face e pôde experimentar a aspereza de minha barba. Achei que iria assustar, porém Roberta logo foi dizendo que ela não tinha medo de barba, pois seu pai também tinha. O contato com suas carícias de reconhecimento, produziram-me emoções e sentimentos de aceitação e de sensualidade, próprios de todo contato físico. De repente, fui tomado por uma emoção muito próxima do medo. Comecei a sentir que o contato se prolongava mais do que eu podia suportar. Creio que o olhar das pessoas que passavam por ali tenha de alguma forma influenciado este sentimento, porém em essência era de meu interior que o desejo de tocar Lívia, tornava-se em desejo de afastar-me de seu corpo. Neste momento, seu corpo produziu um movimento de afastamento espontâneo seguido de um grunhido que rapidamente foi decodificado por Roberta, que a acolheu em seus braços.

Sem dúvida, esta experiência foi decisiva no processo de concepção deste trabalho de doutorado. A percepção do vibrátil como elemento central da comunicação me foi revelada no corpo. Sensação, emoções, sentimentos, pulsões, racionalizações e julgamentos tomaram-me como um todo num instante prodigioso. Destaco a emoção tornando-se sentimento e, posteriormente, memória como os elementos fundamentais

que possibilitaram questões que fundamentam este projeto: seria esta possibilidade de ressonância, de sintonia de vibração entre os corpos, o elemento essencial do que chamamos de vínculo na relação médico-paciente? Quais seriam os elementos constitutivos deste vínculo? Poderiam ser decodificados em sinais e símbolos constitutivos de uma semiologia do vínculo passível de ser matéria de discussão entre profissionais de saúde do presente e do futuro?

Logo em seguida, fui desafiado por um colega psiquiatra, que ao ouvir tais questões, colocou-me uma dúvida quanto à possibilidade de vínculo real entre sujeitos tão desiguais, do ponto de vista do saber sobre o corpo, sobre a doença, e de como superá-la? Tratava-se da impossibilidade de uma real sintonia de vibração quando um detém um discurso de como devem ser as coisas relativas ao corpo e a vida, e o outro deseja este discurso como organizador de uma vivência caótica a este respeito. Sugeri que eu iniciasse minha busca (e talvez até revisse minhas questões) pela leitura de *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico* de Jean Clavreul (1983). Assim o fiz, aceitando o desafio e aqui, considero-me apresentado para esta nossa interlocução.

Introdução

O problema e os disparadores

O médico só intervém e só fala enquanto lugar-tenente da instituição médica, enquanto funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica. O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível.

(JORGE, Marco Antonio Coutinho, 1983, p. 11)

Estas são algumas frases de um dos tradutores e, também, apresentador da edição brasileira da obra de Jean Clavreul. O esforço para anular-se como sujeito por parte do médico, que, ao mesmo tempo, esforça-se para dessubjetivar o “paciente”, são esforços exigidos pela medicina, enquanto instituição privilegiada da sociedade para lidar com a saúde e a doença, bem como é detentora dos instrumentos de diagnóstico e de cura, e, ainda a única que pode dar razão de prognosticar o futuro do doente. Ou seja, exige dupla dessubjetivação, em troca de objetividade, que é requerida tanto pelo médico que tenta apresentar-se como seu representante, como por quem o demanda, que deseja comunicar-se com o saber competente, comprometido com a ciência, que o fundamenta. CLAVREUL explicita com toda a veemência este duplo processo:

É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo

tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico, enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação “médico-doente” é substituída pela relação “instituição médica-doença (CLAVREUL, 1983, p. 49).

A instituição médica que, desde Hipócrates, se arroga este papel, confere aos seus representantes o poder da verdade inquestionável. *“Em mais de dois milênios as coisas não mudaram. A medicina não pode ser julgada porque ela é seu próprio legislador. Não há lugar onde se possa julgá-la. É preciso fiar-se à sabedoria dos próprios médicos julgando-se entre eles”.* (CLAVREUL, 1983, p. 93) Aí está o fundamento da corporação médica. Corpo que, coeso, garante toda a responsabilidade por seus atos, ou melhor, garante a qualquer médico o direito de praticar qualquer intervenção ou tratamento que julgar útil para garantir a vida do doente. Não importa o desejo, nem do doente, nem do médico. O que importa é o suposto saber que o médico tem para identificar o que é certo e o que é errado e, a partir daí, promover o discurso da medicina. Hoje, este suposto saber se respalda plenamente na idéia de cientificidade que a medicina faz de si mesma.

É porque a medicina invoca – com justa razão – a ciência, e porque ciência tornou-se sinônimo de verdade, que a medicina constitui um bastião resistente, tanto aos mais vigorosos ataques quanto aos elogios desajeitados, e que seu próprio totalitarismo é suportado como um mal do qual é preciso esperar um bem (CLAVREUL, 1983, p. 49).

Em matéria de desejo, ao doente cabe apenas desejar conseguir “se comunicar” com a medicina, com a ilusão de que ao entrar em contato com o saber do médico, está se consumindo este saber que a ele passa a pertencer também. Ao médico cabe catalizar seu desejo para seu inseparável objeto de trabalho, tornando-o em objeto central de seu desejo: dominar a doença. Nem mesmo a idéia de saúde é concebida sem a preocupação com a doença. O desejo de curar fica para um segundo plano. Dominar o processo diagnóstico, terapêutico e, ainda as possibilidades prognósticas sobre a doença, são a razão desejante do médico. Ou seja, seguindo o melhor protocolo, o melhor exame complementar, a melhor evidência atualizada da literatura médica,

garante-se a si, como médico, o reconhecimento de competência por seus pares e, por conseguinte, da instituição medicina.

A idéia de eficácia para a medicina torna-se inseparável da idéia de eliminação das doenças em todos os sentidos, seja do individual ao coletivo. A cura do sujeito, só é aceitável na medida em que garante a eliminação da doença, entendendo doença como entidade nosológica, explicada do ponto de vista da anatomia patológica e da fisiopatologia. Diagnosticar e instituir uma norma para o doente passa a ser entendido como núcleo da atividade médica. Não há tempo a perder com o doente. O tempo do médico é otimizado na medida em que é preenchido por mais e mais diagnósticos e normatizações. A medicina, nesta mesma lógica, corre no sentido de compreender a patologia de novas doenças, daquelas menos conhecidas, que necessitam da criação de normatizações.

Seguindo nesta linha de raciocínio, que nos propõe Clavreul (1983), ao dissecar o poder médico em seus meandros, não é sem razão que se conclua que falar de relação médico-paciente, vínculo entre sujeitos na relação médico-sujeito em cuidado, são “balelas que não convencem nem criancinhas brincando de médico”. No entanto, é na experiência cotidiana das vicissitudes do trabalho médico que a contradição da generalidade do caso e o apelo singular e desejante de comunicação do sujeito que procura o médico é que torna intolerável a práxis duplamente dessubjetivada, pelo menos para alguns médicos. Por que alguns médicos acreditam (e a julgam importante) na possibilidade de vínculo e a constroem em seu cotidiano de trabalho? O que diferencia um médico de outro? O que os faz perspicazes? Estas são as questões geradoras deste trabalho.

Talvez as respostas para estas questões encontram-se na *experiência* concreta do ato do trabalho médico, ou seja, no momento do *trabalho vivo em ato* do médico sobre o sujeito que procura seu cuidado, que se constitui a possibilidade da *não dessubjetivação* dos envolvidos. Trata-se de uma possibilidade, que depende dos dois lados em questão. O processo de dupla dessubjetivação é um processo arraigado ao de formação do médico, bem como é de certa forma, desejado pelo paciente. A princípio, o desejo deste último é comunicar-se com a medicina e não com o médico. Desejo que se

confunde com necessidade. Saber o que a medicina tem a dizer sobre meu corpo, sobre meus incômodos e até mesmo sobre meus medos e fantasias, passa do desejo à necessidade quando esta comunicação passa a ser reconhecida não só como valor mas como direito social.

Daí a pressão pela comunicação, que poderá ser efetiva, se na singularidade do encontro puder produzir troca de subjetividades, ou seja, um retorno aos desejos: possibilidade de encontro de seres desejantes em que o desejo de ambos permite-se romper com a captura da redução medicalizante. Desejos que retornam aos sujeitos. Para isto, o médico precisa assumir uma atitude de esforço para identificar a singularidade de cada relação, investir no *desejo* de comunicação deste sujeito que o demanda. Perceber a sutileza do medo, os desejos de compreensão, de ajuda, de cuidado, de apoio e de amparo. São estes desejos satisfeitos, mesmo que parcialmente ou, até mesmo se apenas reconhecidos, que permitem a *não dessubjetivação* de ambos. Médico e sujeito em cuidado adquirem assim corpos humanos, vivos, vibráteis e deixam de simbolizar apenas medicina e doença. Abre-se espaço para relações criativas, afetuosas, de forte vínculo, de confiança, de efetividade e de real comunicação entre sujeitos. Este esforço constitui o que Emerson Elias Merhy chama de *tecnologias leves* do trabalho em saúde. Escreve:

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: **uma vinculada a sua mão** e na qual cabe por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; **outra que está na sua cabeça** e na qual cabem saberes bem estruturados como o da clínica e da epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma **outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário** e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2002, p.94).

A hipótese

Concebemos assim a *hipótese* que fundamenta esta tese: a não dessubjetivação dos sujeitos envolvidos na relação médico-paciente depende fundamentalmente do esforço do médico para recriar sua prática, sua semiologia e seu processo de comunicação. Trata-se de um investimento de fuga a captura dos desejos medicalizantes que poderá, certamente, ter efeitos sobre a necessidade de comunicação com a medicina por parte dos pacientes. Este efeito dependerá em grande parte de como este esforço é decodificado por estes sujeitos. Ou seja, em boa parte depende do processo de *sujeitização/dessubjetivação* em que este sujeito está acoplado. Entretanto, de qualquer forma vale a pena o esforço do lado de cá. Não só por nos fazer mais *felizes*, mas porque quase sempre se configura como o caminho seguro da *eficácia* na *ação*. Trata-se do esforço autopoietico do médico de criar sua *semiologia* de relação, ao concentrar-se nas possibilidades dessa relação, sua constituição afetiva, a partir das subjetividades envolvidas, do contexto do encontro, a partir do que realmente toca o outro. Enfim, trata-se, portanto, de um esforço que sempre convida o outro a uma relação médico-paciente vivificada, encontro de subjetividades diferentes, *vibráteis*, cada qual com sua história e seu processo de vida, podendo entrar em *sintonia*. Sintonia de vidas, sintonia de vibrações, produção de saídas.

Delineando um objeto de pesquisa

O objeto de pesquisa, portanto constitui essa relação e toda a tecnologia que possibilite criação de vínculo afetivo entre os sujeitos envolvidos. Especificamente, a relação que será colocada aqui como objeto desta pesquisa é a minha relação com parte dos sujeitos que a mim chegaram, quando pude identificar as possibilidades de um vínculo como este. Configura-se, assim, objeto como a minha relação médico-paciente, relação de pediatra e crianças, adolescentes e seus acompanhantes, em serviços públicos de saúde, de diversas modalidades. Trata-se, portanto, de meu esforço no sentido de produzir tecnologias leves, criativas que, julgo, têm dado vida a meu trabalho como médico. Pura busca de tecnologia geradora de trabalho vivo em ato, de emoções e

sentimentos, substratos essenciais para uma relação afetivada, ética, produtora vínculos e de sentidos e assim, ao meu julgamento, mais eficaz. Isto porque, parto do princípio que apenas do trabalho vivo se promove compromisso, responsabilidades, adesão, parcerias, cooperação, amparo e ajuda. Trata-se de um objeto de pesquisa centrado na experiência de *primeira pessoa* em seu cotidiano de trabalho e, portanto, do agir comunicativo, afetivado, sentido por mim neste processo.

Este objeto, assim formulado, necessita alguns delineamentos. O primeiro refere-se aos referenciais teóricos dos quais partiremos e sobre o qual suportaremos esta hipótese. O segundo refere-se aos limites das tecnologias leves e as demais tecnologias duras e leve-duras. O terceiro esboça a necessidade de construção de categorias que revelem uma nova concepção dos sujeitos envolvidos, seus corpos e suas atuações como paciente e como médico. Será neste delineamento que construiremos os principais conceitos deste trabalho: *corpo vibrátil*, *subjetividade*, *fluxos de vibração* e *vínculo como sintonia de vibrações*. O quarto delinea contexto institucional dessa relação, ou o porquê dos serviços públicos, quando poderemos, demarcar melhor o que estamos chamando de: necessidades e desejos, contextos subjetivos, riscos e forças, provisão/prevenção, sentimentos em vibração. E, por fim, o objetivo principal deste trabalho: identificar os elementos fundamentais para uma *semiologia do vínculo* que propicie a criação e recriação de tecnologias leves singulares para cada médico, para cada paciente, para cada contexto.

Justificativa

As tecnologias envolvidas no trabalho médico no Ocidente têm percorrido os mais diferentes campos de saber que nossas sociedades já puderam criar. As *tecnologias duras*, por exemplo, há muito tempo vem se beneficiando de avanços que vão muito além da biologia. A química tem possibilitado inúmeros recursos tecnológicos através da bioquímica e da físico-química. A física tem possibilitado vários recursos de imagens e de terapias específicas. Hoje, a biologia através da genética revoluciona não apenas recursos diagnósticos como aponta possibilidades conceituais diferentes para a explicação das doenças, diferenças e predisposições individuais das pessoas.

No campo das tecnologias intermediárias pouco se incorporou desde o nascimento da clínica no século XIX. Pelo contrário, a semiologia médica vem sofrendo constante descuido com o movimento acelerado de novas tecnologias duras, principalmente depois da incorporação das ciências da computação neste campo. Somente a prática médica clínica e suas dificuldades no cotidiano colocam sob suspeita a representatividade de protocolos, a força dos prognósticos sustentados na estatística, a validade de determinados exames. Fenômenos como a intuição, a percepção do sutil, a resposta aos placebos e avanço das medicinas alternativas em muitos países, passam a ser objeto de atenção de cientistas e pesquisadores no mundo todo. Até mesmo a psicanálise, que conseguiu importante representatividade entre as psicoterapias e no meio médico, tem passado ao longe das concepções de corpo, mente, e das possibilidades de abordagem em medicina.

No campo das *tecnologias leves* nem mesmo reconhecimento destas como um saber, como técnica de abordagem, é considerado pela maioria dos profissionais de saúde. Dentre eles os médicos se destacam. As afirmações de Claveul (1983) são precisas para muitos destes médicos. A negação da subjetividade como elemento tecnológico de trabalho do médico ainda é concepção hegemônica em inúmeras escolas médicas.

A presente pesquisa justifica-se no sentido de exercitar o pensamento neste campo, tentando gerar elementos conceituais e *funcionais* que possibilitem a inclusão do afetivo como elemento de arte, de técnica, de articulação, de decisão e de perspicácia no trabalho médico e no trabalho em geral em saúde. Trata-se de aproximar a prática clínica das reflexões filosóficas, e das produções das ciências sociais tais como a antropologia, a psicologia, da psicanálise, da socioanálise, etc. O objetivo deste esforço é criar fundamentos para uma *metasemiologia*³ aberta para as possibilidades singulares das vivências *autopoiéticas* de cada profissional e sua história de vida, de seu vivenciar emoções e de seu produzir-se como médico.

³ *Metasemiologia* = neologismo aqui criado para designar esforço reflexivo para significar elementos que permitam o desenvolvimento de uma prática semiológica atenta a questões aparentemente abstratas, porém de forte matizamento na realidade empírica.

Justifica-se também pelo esforço de incluir os fenômenos subjetivos como aliados e não dificultadores da *eficácia* da ação médica. Trata-se de um esforço de encontrar a eficácia na leitura do contexto, na leitura da situação de si mesmo, do outro e das condições onde a relação ocorre. Trata-se de um esforço de relativizar o poder da persuasão e da manipulação que se fazem diretamente através da pressão sobre outrem pela palavra enquanto lógica, pela veemência da oratória, pelos modelos racionais e deixar fluir o *potencial da situação*, a emoção dirigindo a razão, a abertura para as infinitas possibilidades.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é a identificação dos elementos fundamentais para uma *semiologia do vínculo* que propicie a criação e recriação de tecnologias leves singulares para cada médico, para cada paciente, para cada cuidado e para cada contexto. Tais elementos serão apontados como síntese do trabalho, após percorrermos situações vivenciadas e identificadas como situações de vínculo e confiança.

São objetivos específicos do trabalho:

- Desenvolver conceitos teóricos que subsidiem a análise de situações práticas e experiências de relação profissional de saúde e usuário tais como: *corpo vibrátil*, integrando concepções de corpo e subjetividade; *empatia* como processo de entrar em sintonia com as vibrações do outro; *subjetividade*, como vibração dos constituintes subjetivos que se expressam no vibrar do corpo através de suas formas de comunicação; *fluxos subjetivos* ou *afetivos*, como conteúdos que fluem e afetam o outro de alguma forma; *contextos subjetivos*, que delimitam as possibilidades de fluxos e contra-fluxos, na forma de espaços institucionais, relações instituídas e processos instituintes;
- Desenvolver conceitos que possibilitem a expressão de sentimentos e idéias no momento de vivenciar a relação tais como: *ampliação da escuta*, como esforço para ampliar a escuta para o que está subentendido numa queixa ou

numa história clínica; *ressonância*, como percepção do outro ao entrar em sintonia com suas emoções e sentimentos; *resiliência*, como conjunto de forças que promovem capacidade de suportar adversidades tais como situações sociais, familiares, doenças, perdas, convivência com violência, etc; *vulnerabilidade*, percepção, na singularidade das situações, de riscos epidemiológicos e de efeitos secundários as ações médicas e sanitárias mediante avaliação concomitante das resiliências; *prevenção* e *provisão* como conceitos, que oscilam entre a oposição e a complementaridade, oriundos da idéia de necessidade que cada situação concreta individual ou coletiva propicie; *resolutividade* e *eficácia* como conceitos que nem sempre guardam correspondência; *relações de ajuda*, que muitas vezes são, mais eficazes que ações terapêuticas específicas; *sentimentos de fundo* e *sentimentos de emoções*, que ocorrem em cada situação concreta e predispõem para a ação tais como: raiva, medo, dor, ansiedade, vazio, impotência, frustração, amparo, ajuda etc.

Sujeitos

O objeto de pesquisa a que nos propomos estudar configura-se não como elementos intrínsecos a sujeitos passíveis de medição, mas sim de produtos das subjetividades de sujeitos em relação. Ou seja, trata-se de um espaço de relação onde entram em contato diferentes aspectos da subjetividade humana, que chamaremos de vibrações subjetivas: vibrações do corpo, sua estrutura física e genética, sua conformação social e cultural, sua postura física e emocional, suas habilidades comunicativas e racionais, suas expressões de fé, religiosidade e justiça, bem como, suas emoções, sentimentos e paixões. Trata-se portanto de um objeto de pesquisa que é relação em processo⁴. Situações de relações que envolvem pelo menos dois sujeitos.

⁴ *Processo* = será entendido aqui como nos indicam Félix Guattari e Suely Rolnik (1986): “seqüência contínua de fatos ou de operações que podem levar a outras seqüências de fatos e de operações. O processo implica a idéia de ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos.” [...] “[...] Se aproxima daquilo que Ilya Prigogine e Isabelle Stengers chamam de “os processos dissipativos.” (GUATTARI 7 ROLNIK, 1986, pp.321-2)

Um deles é sempre eu. O Eu, meu *self*, e minhas vibrações subjetivas que aos poucos vão sendo reveladas. Os outros podem ser o “paciente”, seus acompanhantes, alunos, médicos residentes, funcionários, companheiros de trabalho. Enfim, trata-se de um objeto de pesquisa onde sobressai a situação onde me envolvi como médico numa relação profissional que possibilitou ou não *vínculo* com os pacientes.

A seleção de situações vivenciadas baseou-se na identificação de sentimentos e juízos de que tal situação era geradora ou dificultadora do processo de estabelecimento de vínculo. O guia para estas decisões foi essencialmente a emoção percebida em mim. Trata-se, portanto, de um esforço de exposição e de compromisso com minha verdade como médico e como educador. Enfim, sempre que alguma sensação de satisfação ou de incômodo se instalava em mim nestes momentos de trabalho, o esforço era deixar indícios explícitos anotados, seja no prontuário, seja no diário, em rascunhos ou até mesmo em agenda o mais rápido possível, de preferência no momento da ação ou logo em seguida. As principais fontes destas informações são portanto o diário de pesquisa e o prontuário.

As fontes e instrumentos: o prontuário e o diário

A respeito destes instrumentos faz-se necessária a explicação porque os elegemos como fontes de dados para a pesquisa. Em primeiro lugar, devemos considerá-los como instrumentos fundamentais da pesquisa, sendo que um complementa o outro.

O prontuário

O prontuário médico, ou melhor, de saúde, é o histórico da clínica dos eventos considerados significativos para os profissionais que atenderam a pessoa. É o instrumento de registro mais próximo da relação. Muitas vezes é quase instantâneo.

Reflete também, em boa parte, o valor dado ao atendimento e ao evento de saúde ou de doença deste paciente. Reflete, ainda, em boa parte, a dinâmica de atendimento do serviço.

Observa-se que serviços que privilegiam o pronto atendimento das queixas têm uma tendência a desvalorizar o registro. Somente se anota a queixa e a conduta. Por outro lado, alguns serviços que dificultam o pronto atendimento das demandas espontâneas tendem a produzir anotações mais extensas do pouco que produzem. No entanto, a maioria dos serviços tendem a desvalorizar a anotação em prontuário ou ficha de atendimento clínico, sejam eles pronto-atendimentos, serviços de urgência, centros de saúde, ambulatórios, etc. Com certeza, esta tendência reflete mais a relação médico-paciente dessubjetivada, centrada nos sinais clínicos, em detrimento dos sintomas, dos sentimentos, medos e motivações não explicitadas, que a própria dinâmica do serviço.

No caso desta pesquisa, o prontuário na maioria das vezes foi preenchido por mim, exceto alguns prontuários eleitos, quando o registro foi feito por algum aluno ou médico residente sob minha supervisão direta. Procurei anotar no prontuário boa parte das emoções que poderiam ser expressas num documento deste tipo. Procurei também registrar o máximo de detalhes do atendimento em todas as suas etapas: a história clínica, os antecedentes, as descrições da dinâmica familiar e escolar, os elementos delineadores da inserção social da família ou da pessoa, o exame físico, os diagnósticos ou as hipóteses diagnósticas e de problemas e dificuldades enfrentadas pela pessoa, a proposta terapêutica, bem como as propostas de ampliação da escuta através de desenhos e dinâmicas de abordagem emocional que pudemos aplicar. Com certeza foi a principal fonte de dados para apresentarmos a reflexão sobre a estrutura da relação e suas vicissitudes.

O diário

O diário constituiu numa proposta de instrumento que pudesse captar as minhas emoções, sentimentos, reflexões e dúvidas centrais produzidas pelo atendimento em si, pela relação estabelecida com o outro, um pouco do contexto e dos sentimentos de fundo percebidos por mim, e, ainda, um pouco da percepção parcial das emoções vividas pelo paciente. Em algumas situações vividas fora de consultório que contribuíram para um pensar a respeito destas relações foram anotadas. Enfim, tratou-se de um instrumento que teve por objetivo ser preenchido no momento do atendimento, o que nem sempre foi possível diante da dinâmica de atenção médica vivenciada no cotidiano. Senti muitas vezes dificuldade em nomear a emoção, ou conjunto de emoções que estavam sendo sentidas por mim. Procurei ao máximo não interferir com a razão e anotar o que mais significativo me vinha à mente como representação do que estava sentindo. Boa parte dos atendimentos receberam este tratamento. No entanto, outra parte significativa ficou sem estes registros. Selecionei aqueles que permitiam ou pela anotação em prontuário e/ou em diário refletir a maior exatidão possível da emoção vivenciada e que, no conjunto, permitiam identificar a estrutura da relação e seu processo de engendramento.

Os serviços

Os serviços onde ocorreram os atendimentos aqui apresentados são aqueles nos quais tenho exercido minha atividade como médico neste período. Não serão revelados por motivos éticos. Tratam-se de 5 unidades de atenção primária, um ambulatório hospitalar e um pronto socorro. A variedade de serviços possibilitou uma primeira reflexão importante de ser registrada aqui, que é a percepção clara de que não é o serviço em si que delimita as possibilidades de vínculo, mas sim a nossa disposição para o vínculo, constantemente reatualizada segundo o contexto situacional, tanto do profissional, quanto do serviço, no momento do atendimento.⁵

⁵ Com relação aos serviços, um maior detalhamento dos mesmos encontra-se na página .

Referenciais teóricos

Como referenciais teóricos, como já pudemos introduzir, partimos da categoria de *dupla dessubjetivação* do discurso médico, oriundas do trabalho de Jean Clavreul, que aponta para a impossibilidade de vínculo na relação médico-paciente, para nos depararmos com as categorias de *trabalho vivo em ato* e de *tecnologias leves*, que são apontadas como linhas de fuga a este processo, nos trabalhos mais recentes de Emerson Elias Merhy. Considero estes autores, interlocutores deflagradores de meu processo de reflexão nesta tese. Será aceitando o desafio proposto por Merhy que tentaremos questionar as proposições apontadas por Clavreul.

No processo de sustentação da hipótese deste trabalho, tentarei construir o texto a partir das idéias fragmentárias que ocupam o plano de pensamento no qual tenho estado imerso nestes últimos 5 anos. Os conceitos e categorias aqui construídas a partir destas idéias serão movimentos intensivos, finitos, fragmentários e intencionais, que perpassam este plano infinito, intuitivo e fractal de meu pensamento. Utilizo neste processo de construção do texto-tese os referenciais teóricos de Félix Guattari e Gilles Deleuze (1991) a respeito de filosofia, ciência e arte, onde conceitos tais como *plano de imanência*, *conceitos*, *prospectos*, *perceptos*, *afectos* e *funcivos* ocupam o plano de imanência, ou *planômeno*, de seus pensamentos sobre as possibilidades do saber hoje. O pensar ontológico, sobre o essencial do ser, do corpo, do humano, de seu vibrar, percebido e não percebido, falado ou engasgado, sintonizável ou incomunicável, só é possível hoje tendo como planômeno o movimento infinito do caos, que se define, “*menos por sua desordem, que pela velocidade infinita com a qual se dissipa toda forma que nele se esboça*”. (DELEUZE & GUATTARI, 1991, p. 153). Sobre a teoria do caos, conceitos de espaço e tempo, recorreremos às reflexões de Ilya Prigogine e Isabelle Stengers, bem como de Fritjof Capra.

Os conceitos fundamentais desta tese, que sustentam a hipótese apresentada acima são: o conceito de *corpo vibrátil*, conceito de corpo que encerra todo o processo de subjetivação a partir da existência concreta (biológica) do mesmo, de seu vibrar, da sua autoprodução (*autopoiese*), de seu atuar; o conceito de *subjetividade*, como campo relacional com domínios externo e interno aos corpos e agenciamentos de enunciação

intra e extrapsíquicos; o conceito de *fluxos subjetivos*, o fluir afetivo, concreto de emoções e sentimentos, enunciados, e valores que constituem o *vibrar subjetivo* e suas possibilidades de percepção e decodificação; o conceito de *contexto institucional*, que articula, subjetividade instituída e instituinte a respeito de medicina, atenção médica, saúde pública e o cotidiano dos serviços de saúde; e, *sintonia de vibrações*, que articula a idéia de experiência relacional às idéias de construção de vínculo e de eficácia.

A construção de cada conceito se faz de meu processo de aprendizado na *experiência cotidiana* de relações com meus pacientes, da construção de conhecimentos com alunos de medicina e médicos residentes, da interlocução freqüente com meus companheiros de trabalho e da busca de referenciais de pensamento a respeito destes temas. Esses referenciais têm sido buscados em autores dos mais variados matizes ideológicos e teóricos e no mais variados campos dos saberes.

Na filosofia, busco interlocução a respeito de questões como relação mente-corpo, subjetividade, ética, consciência, eficácia, etc., através da minha leitura fragmentária de fluxos de pensamento como o de Baruch Espinosa, Marilena Chauí, Gilles Deleuze, Félix Guattari, François Jullian, Maurice Merleau-Ponty, John R. Searle, entre outros.

No campo das ciências, as referências ao trabalho de Humberto R. Maturana e Francisco José Varela permitem não só uma interlocução, como uma fundamentação muito rica da subjetividade no concreto do corpo biológico, da subjetividade na espécie humana, da subjetividade no *êthos* de nossas sociedades de *Homo sapiens*. Nas ciências sociais, o contato com a obra de Laymert Garcia dos Santos e do antropólogo Elias Canetti (em especial, em seu livro *Massa e poder*) é fundamental como marco teórico do que chamo *sintonia de vibrações*. Também a produção de René Lourau e Boaventura Souza Santos, nos permitiu construir uma reflexão não só dos contextos subjetivos e institucionais das relações entre médicos e pacientes, como ainda, vislumbrar as possíveis veredas que nosso plano do pensamento pode vir a tomar.

Encontro, também nas ciências, do lado da Medicina, importantes interlocutores como António Damásio e sua construção teórica a partir de sua experiência como médico neurologista e pesquisador das neurociências, a respeito das emoções,

sentimentos, consciência, etc., bem como, Joseph Lê Doux, através de suas investigações e reflexões sobre o cérebro e as emoções e, sobre o contexto das investigações em neurociências, do que sempre foi considerado pouco objetivo para tornar-se objeto científico: emoções sentimentos, enfim questões fundamentais da subjetividade. Da fisiologia, retorno a referenciais encontrados em tratados como o de Arthur C. Guyton, em busca de elementos *funcitivos* consagrados para o momento da construção do conceito de *copo vibrátil*.

É fundamental, na construção do conceito de *contexto institucional* no campo da saúde, a forte influência de autores da Saúde Pública, com quem debatemos nosso dia a dia, nossa micropolítica de trabalho, tais como Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Sousa Campos, suas reflexões sobre serviços, sistema de saúde e trabalho médico, entre outros.

Ainda no campo científico, a referência à psicanálise através de Sigmund Freud, que almejou a construção de um processo reproduzível de abordagem da subjetividade psíquica humana e foi o grande indutor de todas as reflexões que hoje podemos fazer a respeito da mente, da relação mente-corpo, da sociedade contemporânea e suas inter-relações. Foram interlocutores importantes a partir desta vertente: D. W. Winnicott, John Bolby, Jean Clevreul, etc. Na psicologia social, destaco a influência em meu processo de pensamento as reflexões de Enrique Pichon-Riviére e sua criação fundamental da reflexão sobre vínculo e, também, o pensamento de Suely Rolnik, e sua cartografia dos processos subjetivos no *corpo vibrátil*. Por fim é no campo da psicologia em geral, que busca referenciais variados sobre todas estas questões e aí pude aproximar-me das mais variadas buscas da “verdade” seja, na psicologia biodinâmica, na *gestalt*, na psicologia cognitiva, na comportamental, na humanista entre outras.

Na seqüência, esboçaremos o caminho metodológico desta pesquisa, seus fundamentos e seus percalços. A partir de então, inicia-se o esforço do traçado do plano de pensamento no qual a experiência cotidiana de trabalho é fundante e recriadora, sendo que, ao mesmo tempo, é constantemente transformada por ele. Nesse plano, imanente, infinito, intuitivo e em constante processo de minha *autopoiese*, alinhavam-se, os conceitos que aqui queremos construir.

Metodologia

Há muitos tipos e modos de aprendizagem. Há alguns analfabetos que aprenderam mais e melhor que você e eu.

Há a aprendizagem de uma habilidade; há o tipo de aprendizagem no qual aumentamos nosso conhecimento ou a nossa compreensão daquilo que já sabemos. E há o tipo mais importante de aprendizagem que acontece ao longo do crescimento físico. Por “crescimento físico” quero dizer aquela aprendizagem na qual a quantidade cresce e se transforma numa nova qualidade e não o mero acúmulo de informações, apesar de toda a sua virtual utilidade. Frequentemente não enxergamos de maneira alguma tal modalidade de aprendizagem; pode estar acontecendo no decorrer de espaços de tempo mais ou menos extensos, sem objetivos aparentes e, então, surge uma nova forma de ação, como se vinda do nada.

(FELDENKRAIS, Moshe, 1979, p. 15)

Fundamentação teórica

Essas palavras de Moshe Feldenkrais explicitam um modo sutil de aprendizagem. Aquela que se produz no processo de viver e que, sem dúvida, é a mais importante de nossa existência. Algo que tem a ver com nosso esforço para nos mantermos vivos, e ser vivo é produzir-se de modo contínuo a si próprio. É autoproduzir-se. O que define um ser como ser vivo é sua *organização autopoietica*. Os seres vivos se distinguem por terem estruturas diferenciadas. Porém, são iguais no que tange ao que têm de comum: uma organização autopoietica⁶. Um fenômeno, ao mesmo tempo *ilimitado* em suas transformações físico-químicas e metabólicas, porém num espaço *finito*, delimitado por estruturas, fronteiras, membranas, peles. Desde um microscópico vírus até a complexidade de estruturas de um corpo como o nosso, estamos falando de vida como em essência esse fenômeno que é, ao mesmo tempo, finito e ilimitado: gerador de

⁶ O conceito de *organização autopoietica* é de Humberto R. Maturana e Francisco J. Varela (1984). Os autores chamam a atenção para uma distinção que se faz necessária entre *organização* e *estrutura*: “entende-se por **organização** as relações que devem ocorrer entre os componentes de algo, para que seja possível como membro de uma classe específica. Entende-se por **estrutura** de algo os componentes e relações que constituem concretamente uma unidade particular e configuram sua organização”. (MATURANA & VARELA, 1984, p. 54).

processos, de agenciamentos internos e externos a estas fronteiras. Viver trata-se, assim, de um fenômeno dinâmico, interacionista e transformador. Viver é autoproduzir-se de modo contínuo a si próprio em interação, em relação com o mundo em que se vive, transformando e sendo transformado. Pura autonomia na dependência.

Encontrar um caminho para um aprendizado sutil do sutil, como estamos pretendendo nesta tese, só pode ter como ponto de partida a experiência vivida, viva, vibrátil, totalmente aberta para o vibrar do mundo, capaz de observar este vibrar para dentro (mundo interno) e para fora (mundo externo), de dentro para fora e de fora para dentro. Devemos partir do aforismo colocado por Humberto Maturana (1987): “*Tudo é dito por um observador*”. Um corpo que pode dizer e observar, sentir, perceber, decifrar, imaginar. Um corpo que vive um mundo para ser observado, sentido, percebido, decifrado, imaginado. Um corpo que diz que se utiliza de comunicação, de sentidos, símbolos, significados, linguagem. Um corpo que é corpo, matéria, energia, vibração, um sistema organizado, orgânico, autônomo⁷, delimitado, mas que vibra em si o ilimitado. Maturana nos ajuda a compreender todas estas qualidades, a partir de uma reflexão do conhecer a partir do bio.

Cada organismo começa sua existência como uma célula, e como tal ele tem certas estruturas iniciais. A estrutura inicial de cada organismo, no começo de sua história individual, é, ela própria, o resultado de uma outra história, que é a história da filogenia – a seqüência de reprodução que leva àquela célula, que é o início de um organismo particular”.[...] “Assim, cada célula é ela própria o resultado de uma longa história, que implica milhões de anos, uma história de sucessivas reproduções bem sucedidas, e cada célula pertence a uma de muitas linhagens que possivelmente derivaram de um ponto comum em um passado remoto. Mas através dessa história o fenômeno da organização da célula, a condição do viver, permaneceu invariante e a adaptação também. Estruturas do organismo mudaram como resultado de uma

⁷ A respeito de autonomia nos escreve Francisco J. VARELA (1980): “Autonomia significa lei própria. Para se compreender bem este conceito, é preferível compará-lo ao de autonomia ou lei externa, que nada mais é que a imagem da autonomia refletida num espelho. Trata-se do que chamamos de comando. Estes dois temas, a autonomia e o comando, se entregam a uma dança incessante. Um representa a a geração, a afirmação de sua própria identidade, a regulação interna, a definição de interior. O outro representa a consumação, os sistemas de entrada e saída, a afirmação da identidade do outro, a definição pelo exterior.” (VARELA, F. 1980, p. 7).

continua seleção através de mudanças estruturais, através das interações do organismo com o meio. Assim, não somente estamos aqui agora como resultado de nossas histórias individuais como resultado da história de nossos ancestrais (MATURANA, 1987, p. 63).

A experiência vivida na história singular de cada um (ontogenia⁸), na história de sua linhagem, de sua geração, de sua filogenia, de sua sociedade, de seu mundo, constitui o corpo autopoietico no mundo em que vive. Constitui uma relação corpo-mundo estesiológica, onde o dentro e o fora, perdem sentido. A pele passa a ser mero limite da existência de um corpo totalmente dependente do mundo, do agora e do espaço que compartilham. Constitui, o que Merleau-Ponty chamou de *campo de presença*, onde ocorrem todas as relações da vida autopoietica e do mundo que lhe é sensível. Para ele, está na experiência corporal com o mundo o enigma da existência:

O enigma reside nisto: meu corpo é ao mesmo tempo vidente e visível. Ele, que olha todas as coisas, também pode olhar a si e reconhecer no que está vendo então o “outro lado” do seu poder vidente. Ele se vê vidente, toca-se tateante, é visível e sensível por si mesmo. É um si, não por transparência, como o pensamento, que só pensa o que quer que seja assimilando-o, constituindo-o, transformando-o em pensamento – mas um si por confusão, por narcisismo, por inerência daquele que vê naquilo que ele vê, daquele que toca naquilo que ele toca, do senciante no sentido -, um si, portanto que é tomado entre coisas, que tem uma face e um dorso, um passado e um futuro”[...] “Visível e móvel, meu corpo está no meio das coisas, é uma delas; é captado na contextura do mundo, e sua coesão é a de uma coisa. Mas já que vê e se move, ele mantém as coisas em círculo à volta de si; elas são um anexo ou um prolongamento dele mesmo, estão incrustadas em sua carne, fazem parte da sua definição plena, e o mundo é feito do próprio estofado do corpo (MERLEAU-PONTY, 1989, pp.50-51).

⁸ Para Humberto Maturana e Francisco José Varela “A *ontogenia* é a história de mudanças estruturais de uma unidade, sem que esta perca sua organização. Esta contínua modificação estrutural ocorre na unidade a cada momento, ou como alteração desencadeada por interações provenientes do meio onde ela se encontra ou como resultado de sua dinâmica interna.” (MATURANA & VARELA, 1984, p. 86)

No entanto, nosso corpo finito e ilimitado é finito por ser autônomo e ilimitado por ser passível de movimentos que tendem ao infinito: movimentos de sua carne, movimentos de seus desejos, de seus sentimentos, movimentos das suas idéias, movimentos de seus pensamentos, de suas ações. Todos estes movimentos só são possíveis devido à sua existência no mundo e, sua coexistência com o mundo, graças a seu *campo de existência*. Todos estes movimentos constituem a *autopoiese* do corpo. São movimentos que podem se contradizer, podem guardar reciprocidade, podem constituir múltiplos planos de existência, múltiplos planos de imanência. Tais movimentos são movimentos do infinito, são movimentos infinitos. O movimento do pensamento constitui-se a partir do infinito.

O que define o movimento infinito é uma ida e volta, porque ele não vai na direção de uma destinação sem já retornar sobre si mesmo, a agulha sendo também o polo. Se 'voltar-se para...' é o movimento do pensamento em direção do verdadeiro, como o verdadeiro não se voltaria também na direção do pensamento? E como não se afastaria o próprio verdadeiro do pensamento, quando o pensamento dele se afasta? Não é uma fusão, entretanto, é uma reversibilidade, uma troca imediata, perpétua, instantânea, um clarão. O movimento infinito é duplo, e não há senão uma dobra de uma a outro. É neste sentido que se diz que pensar e ser são uma só e mesma coisa. Ou antes, o movimento não é imagem do pensamento sem ser também matéria do ser (DELEUZE & GUATTARI, 1991, p. 54).

Este movimento infinito, na reversibilidade, esta troca imediata, perpétua, instantânea como um clarão de um relâmpago, entre um campo de existência e um plano de imanência constitui o que Francisco Varela chama de incorporação da mente cuja resultante é a *autopoiese* como *atuação* no mundo. O aprendizado do corpo que na medida em que se transforma quantitativamente, seja crescendo ou envelhecendo, se transforma qualitativamente. O bebê que cresceu o suficiente para andar por si, apreendeu uma nova qualidade, agora é um *toddler*⁹; na mesma medida que apreendeu a dominar o *não* e seu significado, torna-se um *ego*, e daqui a pouco um *tagarela*. E

⁹ *Toddler* = palavra de origem inglesa e que vem do verbo *to toddle*, que significa caminhar a passo curto e incerto, vacilante, significa titubear, bambolear, como o início do caminhar de qualquer criança.

daqui a pouco um pensador, pois poderá apreender seus pensamentos no exercício da fala no concreto do mundo, e daqui a pouco ainda irá reelaborá-los, na medida em que seu ouvir e emitir sons e palavras torna-se escuta do outro e possibilidade de comunicação com o outro.

Será este processo de quantitativo tornando-se qualitativo, vivido no *campo de existência* de cada um, que se desencadeia nosso atuar no mundo, nesse nosso *campo de existência*, onde a possibilidade de exposição do *plano de imanência* em mim gerado, pode criar possibilidades de interlocução com você, que está me lendo, com seu corpo e seu olhar vibrátil. Apesar destas folhas de papel não serem de fato meu corpo, o que aqui está escrito é resultante de meu processo quantitativo-qualitativo, de minha *autopoiese* como corpo vibrátil. Nossa relação aqui, portanto é de intersubjetividade encarnada, intercorporeidade mediada por estas palavras impressas nestas folhas de papel e pelo espaço-tempo que nos separa. Trata-se de pura liberdade de expressão, puro movimento encarnado do infinito.

Desta forma, o percurso que aqui iniciamos juntos pelo traçado infinito de meu plano imanente de pensamento reverte-se constantemente a meu campo de existência, a experiência concreta de meu cotidiano vivido, que espero tenha algo a ver com o seu, caro leitor. E, para tentar dar um pouco de consistência ao caos infinito do pensamento, o percurso através deste traçado necessita de *conceitos* sobre os quais possamos nos apoiar. Tanto a explicitação dos conceitos dos quais partimos, como a criação de outros que nos são imprescindíveis, necessita-se a revelação de um *método*. Aqui não cabe o método científico clássico, pois os conceitos que necessitamos não são apenas *mecanismos* traduzíveis por funções, medidas de variáveis e invariantes. São mais do que isto. Devem partir de *funcivos*, como elementos de partida para os conceitos, porém necessitam incorporar todas as possibilidades do subjetivo. São conceitos que necessitam ganhar consistência para que possamos, através deles, recriar “lentes” para enxergar a partir do que é visto; criar estratégias que permitam escutar a partir do que é ouvido e, sentir a partir do que é tocado.

Conceitos teóricos fundamentais para a construção de um método

Quando se elabora um trabalho teórico ou uma pesquisa empírica, parte-se de um momento de nossa existência na vida onde se articulam inúmeras influências. Estas vão desde apresentação do mundo que nos proporcionou nossa família, como as contribuições de nossos mestres escolares (e, principalmente, os da vida) e chegam até aqueles com os quais nos identificamos ideologicamente, com aqueles que nos ajudam a pensar e refletir sobre o mundo e sobre nossa existência. De cada um que nos influenciou, incorporamos, mesmo que parcialmente, o que conseguimos digerir nesta *antropofagia* do viver humano, pois, não nos alimentamos apenas de proteína, vitaminas, hidratos de carbono e gorduras. Alimentamo-nos de idéias, significantes, valores, emoções e sentimentos, que assim como os nutrientes, são também “metabolizados” com nossas próprias “enzimas”, ou seja, nossos desejos e necessidades.

Considero importante, aqui, parar e descrever como tenho “metabolizado” alguns conceitos de interlocutores que me foram aparecendo de um *agenciamento* a outro que venho fazendo mais recentemente através do que a leitura nos proporciona. Tal parada não só é importante para nos aproximar (eu e você, meu leitor), como é importante para sua ingestão destas idéias e do trabalho como um todo, para que estes não provoquem fastio, indigestão ou intolerância alimentar.

Um primeiro conceito que julgo ser um dos eixos de todo o processo de pesquisa é o conceito de *tempo* com o qual pretendemos trabalhar. Para isto, necessito uma rápida divagação.

Tentarei exprimir, com a maior verdade que me é possível neste momento de escrita, a respeito de uma angústia de que fui tomado recentemente no quintal de minha casa. Este espaço se prolonga a uma mata que nós moradores do bairro, tentamos preservar. Na parte desta mata, que mais se aproxima a minha casa plantei algumas árvores que pretendo vê-las crescer e florescer. Sinto medo de que o acaso me impeça este desejo. Assim, aferro-me ao desejo. Olho para as plantas quase todos os dias. Procuro sempre cuidar delas, principalmente na época de pouca chuva. Fico

incomodado com o ritmo de crescimento de cada uma delas. Algumas mais rápidas outras muito lentas. Se por um lado, a rapidez é desejada, agradeço, também, a *lentidão*, pois quero projetar a certeza de que as verei grandes e muito florescidas. De repente, penso: a única certeza que me toma é a da *irreversibilidade* do tempo. Percebo que esta não é a única certeza. A necessidade de cuidar das plantas, assim tão novas, também é certeza.

Então com uma angústia, duas certezas, um desejo, uma necessidade, incluíamos uma imaginação. Imagino todo este espaço num futuro relativamente distante. Digamos daqui a mais ou menos uns 1000 anos. Como estarão minhas árvores? Com certeza já terão dado espaço a outras... Se já sofro por seu fim, também assim espero. Penso que para isto será necessário que as próximas gerações também desejem preservar a mata. De uma imagem surge uma esperança, outro desejo. Meu ato imediato foi ligar a mangueira. Percebo-me, assim, eterno. Sinto-me fluxo que dissipa tudo isto: angústia, desejo, acaso, necessidade, certeza, esperança, preservação, vida, morte, incerteza, desejo, ampliação de desejo. Em meio a minha reflexão e ao meu regar as plantas, aparece meu filho me convidando para assistir um desenho na TV.

Ao contrapor esta experiência reflexiva, à leitura, que me foi possível, de *O fim das certezas* de PRIGOGINE (1996) e que antecedeu a tal reflexão, permito-me, aqui, extrair alguns conceitos polêmicos da Física, os quais recolocam a necessidade de repensar o *tempo* para a Ciência. Toda reflexão sobre o tempo necessita uma concepção de universo. Uma cosmologia. Se a concepção que predomina na Física atual de que o universo é um modelo *standard*, cuja origem é o *big-bang*, ao se voltar no tempo a este momento, chega-se a uma *singularidade*. Um ponto que contém a totalidade da energia e da matéria do universo: o momento que antecede à explosão, ao *big-bang*. No entanto, este momento não pode ser descrito, "*pois as leis da física não podem ser aplicadas a um ponto que concentre uma densidade infinita de matéria e energia*". Se assim tomamos o tempo como um momento de criação e se este começo é irreversível, pode-se, assim, prever probabilisticamente que o tempo terá um fim. Desta forma, ao determinismo da irreversibilidade do tempo, associa-se a idéia de acaso, instabilidade induzida pelas interações entre gravitação e matéria. Se, por outro lado, o

universo é tomado como um estado estacionário estável e eterno, a questão do tempo deixa de existir, tempo e espaço não se diferenciam. Não há sentido em distinguir o passado do futuro a não ser para os entes finitos.

Já na teoria da relatividade espaço e tempo não são grandezas previamente dadas. “O espaço e o tempo tomam parte da ação”. Esta teoria permite aproximar as duas concepções: o modelo *standard* e a do estado estacionário. Aqui a irreversibilidade do tempo é tanto mais importante quanto mais altas são as energias, ou seja, os primeiros momentos do universo. “[...] Os processos irreversíveis associados às instabilidades dinâmicas desempenham um papel decisivo desde o nascimento de nosso universo. Nesta perspectiva o tempo é eterno. Temos uma idade, nossa civilização tem uma idade, nosso universo tem uma idade, mas o tempo, por seu lado não tem nem começo nem fim” (PRIGOGINE, 1996, p. 173). Assim cada instante é eterno, cada ação tem um impacto eterno, cada gesto, cada movimento se eternizam.

A busca da certeza, da clareza, da transparência, da verdade, ideais da ciência faz-se a partir dúvida, da opacidade da origem (como devia ser o universo antes do *big-bang*), do paradoxo do tempo e do caos *entrópico* da realidade. Este desafio implica em nossa existência, em nossa criatividade e seu impacto no coletivo e no rigor de sempre, nos aproximarmos ao máximo de nossa verdade, mesmo que esta seja transitória, finita.

Associo esta concepção de tempo a concepção de *ética* que subjaz este trabalho e que vez ou outra irá emergir e adquirir maior consistência. *Ética* como resultante dinâmica, de todos os movimentos, pensamentos e ações dos homens que promovem o perseverar na existência singular de cada homem. É nessa matéria humana, que condensa parte da energia do universo que vibra parte da vida da Natureza, que encerra a irreversibilidade do tempo e as vulnerabilidades das instabilidades que lhe podem acossar, de que se pode tomar qualquer “fatia” desta massa, que identificaremos sempre a vibração de um *desejo* de perseverar, a vibração de uma fração da *Ética*. Seja ela , o *ethos* singular de cada um, a vida em família, o desejo das massas, o valor que se dá a vida nas sociedades.

Passemos ao conceito de *pensamento*. Para Gilles Deleuze e Félix Guattari, pensamento é um duplo movimento discursivo, de enunciação, que pretende dar consistência a uma *compreensão* do mundo, operando sempre contra o senso comum e enfrentando o caos e a velocidade infinita da existência. Este movimento ganha consistência em três âmbitos das possibilidades da inteligibilidade humana: no discurso da ciência, nas enunciações da filosofia e nas expressões da arte. Estas três formas de pensamento são criações humanas que operam em planos diferentes e por vezes, se encontram influenciando uma as outras. Da criação de seus discursos e expressões, a filosofia extrai *conceitos*, que “*não se confundem com idéias gerais e abstratas*”, idéias que buscam consistência num *plano de imanência* de um pensamento; a ciência extrai *funcivos* e *prospectos*, proposições que não se confundem com juízos, e que sempre se articulam a um determinado *plano de referência* de uma experiência; e a *arte* extrai *perceptos* e *afectos*, que não se confundem com percepções ou sentimentos, mas que buscam tocar o outro a partir do *plano de imanência* de uma expressão. Destaquemos um pouco mais o movimento da ciência.

A ciência, enquanto forma de pensamento, distingue-se por uma maneira particular de abordar o caos. Em primeiro lugar, por lhe impor limites, renunciando ao caos infinito e traçando um plano de referências a partir do qual ele será pensado. Em segundo lugar, e como desdobramento do primeiro ponto, trabalha com variáveis independentes que ela busca coordenar. Em terceiro lugar, ela estuda mistos espaço-temporais, e determina estados de coisas sobre os quais incide sua investigação. Por fim, o conhecimento é gerado sempre a partir de um observador parcial, o que significa dizer que o conhecimento científico é sempre busca de uma verdade em certas condições de observação, verdade do relativo e não do absoluto (KASTRUP, 1995, p. 88).

A Medicina insere seu discurso neste âmbito do pensamento científico. No entanto, por não se tratar de uma ciência e sim de um *esforço de aplicação* de um conhecimento gerado pela ciência, portanto uma práxis, defronta-se diretamente com o caos e sua velocidade infinita e busca seus recursos nos produtos oferecidos pela ciência. O que a Medicina busca em realidade é *eficácia* em suas ações e a primeira escolha tem que se fincar nos recursos que dão referência e limites ao caos. Por outro

lado, querendo ou não, subjacente às proposições e funções do discurso científico, encontra-se uma concepção filosófica a respeito do corpo, a respeito da vida e da morte, e até mesmo a respeito de eficácia. Como em essência a Medicina se processa em práxis, toda sua *poiese* é ética. E, assim sendo, é *práxis* cultural, implica não só em uma concepção sobre o corpo, sua vida e sua morte, assim como abordá-lo com eficácia, como implica numa *percepção* do outro, que sempre encerra um *afeto*. E assim, ela se faz arte.

Dependendo do objeto que se imponha ao investigador em Medicina, este partirá de um plano que se refere a uma destas formas de pensamento. Será um plano de referência, caso seu objeto seja a criação de um saber a respeito de estados de saúde-doença determinados. Será um *plano de imanência* seja do pensamento, seja de expressão, se seu objeto requerer a criação de um saber a respeito de sua tecnologia, de sua organização, da forma de sua prestação de serviços, de sua práxis.

Como práxis, a Medicina estará sempre referida a um *planômeno* de existência, um plano onde se encontra o caos e sua velocidade infinita, onde se inscreve o pensamento como produção subjetiva que se dispõe em fluxo para o outro que dela precisa. Seja ele um pensamento não sistematizado, característico do “senso comum”, seja ele uma opinião, uma noção, um conceito ou uma enunciação filosófica, uma proposição científica, uma expressão artística. Planômeno de existência é o plano onde se cruza o tempo linear irreversível da existência e o tempo fractal (ver figura 1) de sua *poiese*, que agencia o interior e o exterior. Atualiza o interno e o externo da existência singular de cada um.

Singularidade será compreendida aqui como fonte da verdade. Refere-se à unicidade dos sujeitos, de seus corpos, de suas subjetividades, de suas relações. Trata-se, segundo Baruch Espinosa do caminho para o conhecimento intuitivo, ou de terceira ordem, e para a competência ética, que se refere Francisco Varela. Trata-se, também, do caminho da prudência e da eficácia que François Julien nos aproxima.

Eficácia será aqui compreendida como observação rigorosa do potencial de uma situação, sem intervenção, que perturbe as forças deste potencial. Trata-se da

contemplação das forças contidas na situação, o que permite que toda circunstância advinda da situação ocorra em função do proveito de todo o processo. O processo aqui não encerra um projeto com um fim para ser atingido e um meio para ser cumprido com eficácia. O fluir do processo explorando o máximo de seu potencial em cada situação dada é o que se considera eficaz.

Método será aqui compreendido como caminho construído no processo, fluxo subjetivo que é identificado com o processo vivido em seu instante, com todo seu potencial, revelador das singularidades, das essências, inventor de noções e conceitos, que resignifiquem a prática, a ação, a atuação.

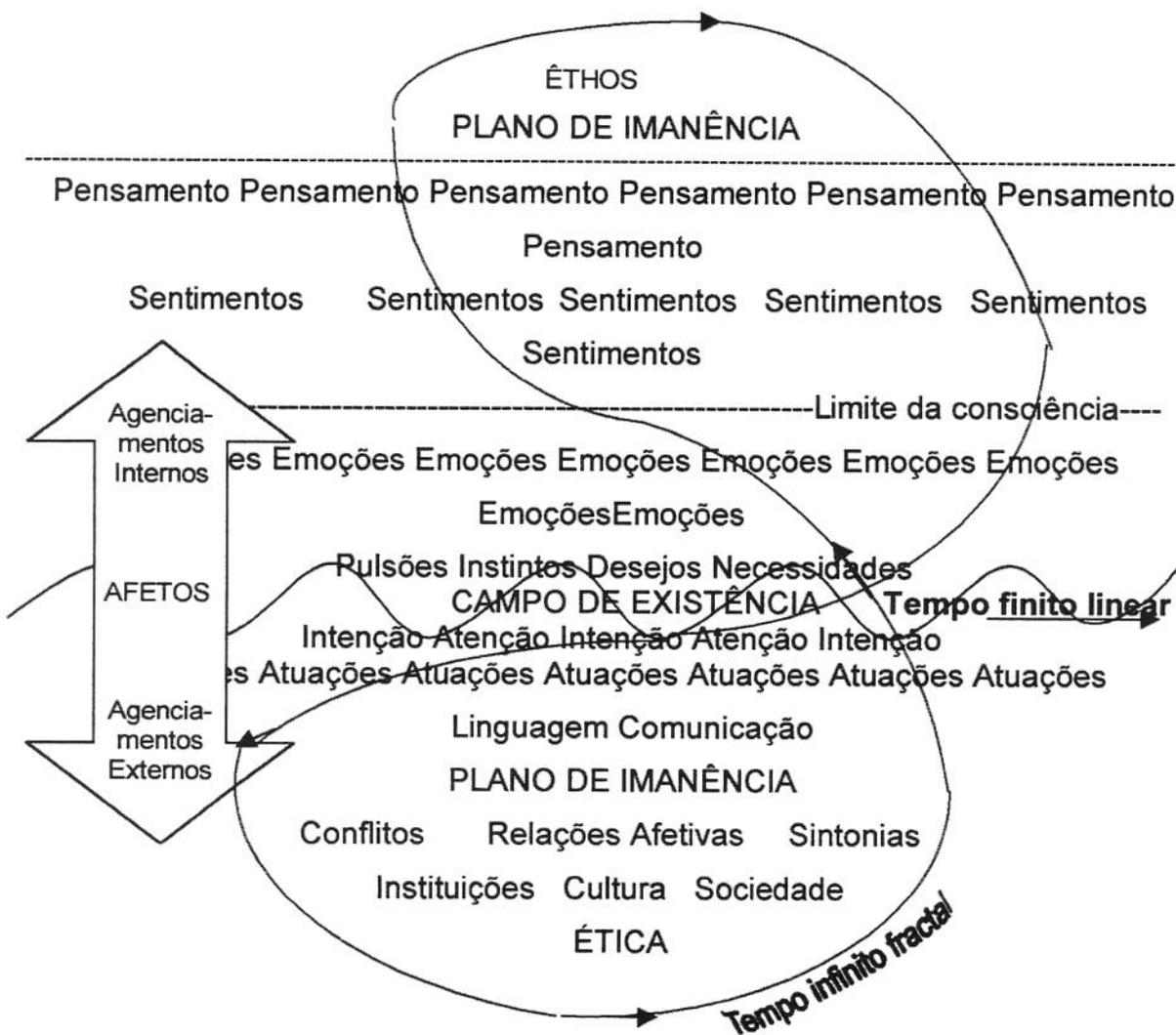


Figura 1: *Planômeno da existência*

O Método

O método ou os métodos que aqui buscamos constituem tentativas explicitadas de recriação de conceitos incorporados por mim na lógica do pensamento médico, que é a lógica a que estou submetido desde minha formação acadêmica inicial. São conceitos essenciais da formação médica que fundamentam toda a prática e discurso da medicina, que aqui perderão sentido. Não interessa o *corpo inerte* da anatomia patológica, desacoplado das hipóteses funcionais da fisiologia e da fisiopatologia. Não interessa mais o psíquico, como elemento de uma relação mente-corpo. Assim como não interessa mais a relação intersubjetiva do contexto medicina-doença, como ainda a perspectiva humanista do homem em sociedade.

Trata-se sim de uma recriação de um corpo vivo, que vibre em suas estruturas material, fisiológica, subjetiva e social na pele, no movimento de seus músculos, na expressão de suas emoções e que possa ser percebido no todo de sua incorporação, no todo de suas atuações. Trata-se de recriar os limites da existência destes corpos, os territórios subjetivos de seus agenciamentos, os processos de autonomia, de autoprodução de si (autopoiese) e de suas relações, seus processos de enunciação e de comunicação. Trata-se de criar uma leitura da relação dos *corpos vibráteis* no momento da clínica, da intercorporeidade de vibrações e suas possibilidades de sintonias. Enfim, trata-se de recriar uma semiologia capaz de estabelecer *vínculos* entre sujeitos, corpos em vibrações diferentes, mas que não renunciam a vibração comum dos sujeitos que tanto em um como em outro é concreta, criadoras de seus devires e possibilitadora de inúmeras e renovadas atuações e porque não dizer de outras *práxis* em medicina.

Primeira pessoa: irredutibilidade da experiência

Francisco J. VARELA e Jonathan SHEAR (1999) propõem que os eventos vividos em *primeira pessoa*, em seu cotidiano de vida, em sua experiência vivencial consciente, são fenômenos que fornecem dados fundamentais tanto para o pensamento filosófico como o científico, assim como a sua apreensão mediada por um método constitui

produção de conhecimento e ampliação das possibilidades existenciais humanas. Afirmam que a experiência vivida não pode ser reduzida ou derivada de uma perspectiva de *terceira pessoa*, o que pode ser melhor compreendido através dos três principais argumentos que fundamentam a hipótese por eles lançada da *irreducibilidade da experiência*:

Primeiro, aceitar a experiência como um domínio a ser explorado é aceitar a evidência de que a vida e a mente incluem inerentemente a dimensão de primeira pessoa, a qual é uma marca registrada de nossa existência em ato. Destituir nossa investigação científica desse domínio fenomenológico, significa tanto amputar a vida humana de seus mais íntimos domínios, como renegar acesso explanatório da ciência à ele. [...] Segundo, a experiência subjetiva refere-se ao grau de direito de uso de suas próprias cognições, das intenções e ações, nas práticas do cotidiano. Sei que meus movimentos são produtos de séries coordenadas de contrações musculares. Contudo, a atividade de mover minha mão opera na escala emergente dos planos motores que me surgem tanto como intenções motoras como agente ativo, não como tónus musculares, que só podem ser apreendidos a partir de uma posição de terceira pessoa. Esta dimensão prática é o que promove interação das considerações de terceira pessoa possíveis no lugar da primeira (e não uma descrição abstrata e distanciada tão comum na filosofia da mente). [...] Terceiro, a experiência nas práticas humanas é o ponto de partida privilegiado para transformação mediada por intervenções profissionais variadas. [...] Em todos estes domínios há evidência abundante não só de que o campo da experiência é essencial para a atividade humana e para o envolvimento de nossa própria mente na vida, mas também que o domínio experiencial pode ser explorado, como vemos nas transformações provocadas por práticas específicas e interações humanas em situações prescritas. (VARELA & SHEAR, 1999, p. 4)

Portanto, o desenvolvimento de métodos centrados na experiência de primeira pessoa de quem está investigando sujeitos e subjetividades, é fundamental para a criação de hipóteses *lógicas e concretas* a respeito da mobilidade das relações sujeito investigador e sujeitos investigados, seus agenciamentos intra e extrapsíquicos. É necessário colocar em questão a suposição de que uma linha bem demarcada entre os processos conscientes e os inconscientes (tais como as emoções e as tendências de

nossos juízos de valores) dessa relação seja fixa e dada intencional e definitivamente. Na realidade, esta linha é extremamente móvel e as “*metodologias de primeira pessoa incluem como dimensão fundamental a reivindicação de que trata-se de uma linha móvel, e que muito pode ser feito nessa zona intermediária.*” (VARELA & SHEAR, 1999, p. 4)

Segundo estes autores, são três as possibilidades metodológicas centradas na primeira pessoa que possibilitam a apreensão de objetos de investigação das esferas dos sujeitos e das subjetividades, como é o caso deste trabalho que pretende apreender a relação médico-paciente vivificada, do instante do encontro de subjetividades diferentes que entram em interação. São elas: a abordagem *introspectiva*, derivada da psicologia científica; o método de *redução fenomenológica*, derivada da perspectiva filosófica da Fenomenologia e da Psicologia Fenomenológica e, as *práticas de atenção concentrada* derivadas de métodos meditativos e de apreensão da experiência vivida de forma singular através da *atenção concentrada (mindfulness/awareness)* no instante da vivência, tentando captar ao máximo as emoções, sentimentos e idéias percebidas, assim como o contexto vivido neste instante e que podem integrar as possibilidades de compreensão da experiência singular, como pode oferecer elementos para a compreensão de experiências afins vividas por outros.

Proponho neste trabalho, uma abordagem neste terceiro sentido do objeto central deste trabalho: o processo de constituição de vínculo na relação-médico paciente. Assim como, proponho também uma tentativa de construção de referenciais teóricos para compreender toda a tecnologia que o médico pode lançar mão para esse esforço a partir de de uma reflexão *introspectiva* a respeito de minha experiência como médico, em serviços públicos de saúde, nos últimos 6 anos. Trataremos *vínculo* como *sintonia de vibrações*, ressonância em meio de fluxos subjetivos intensos e o processo de constituição deste vínculo será entendido como produção de tecnologia-leve criativa, geradora de *trabalho vivo em ato*, de emoções e sentimentos, substratos essenciais para uma relação afetivada, ética, produtora de *vínculos* e de sentidos e, portanto, mais eficaz. Trata-se, enfim, de um objeto de pesquisa centrado na *experiência de primeira pessoa* em seu cotidiano de trabalho, e portanto, do agir comunicativo, afetivado, sentido por mim neste processo.

No conjunto, foram levantados 49 situações de relacionamento médico-paciente, que mereceram um destaque com relação aos sentimentos tratados. Nem todas foram incluídas. A seleção das 23 situações que foram incluídas na pesquisa foi feita a partir da percepção de que tal processo foi constitutivo de vínculo ou foi claramente impotente para tal, bem como da possibilidade de elementos concretos para a coleta das informações suficientes para que fossem relatadas (preenchimento o mais adequado possível do prontuário e impressões subjetivas suficientemente anotadas nos diários).

A abordagem metodológica de *primeira pessoa* das experiências de relação e de vínculo requereu um esforço de *atenção concentrada* na vivência do cotidiano. Atenção concentrada nas emoções e nos sentimentos percebidos *ao vivo*, em ato. Para isto, foi necessária a utilização de instrumentos que garantissem este registro: as anotações feitas em prontuários, principalmente aquelas registradas diretamente por mim e poucas registradas por alunos ou médicos residentes supervisionados por mim; os registros de estratégias comunicativas, quando os pacientes se manifestaram através de desenhos, mensagens, esboços de redes de apoio e de desejos e expectativas, entre outros; registros de anotações da equipe; anotações em diários, onde pude inscrever principalmente emoções, sentimentos de fundo, contextos, impressões, e em alguns momentos até mesmo minhas versões a respeito de situações vivenciadas.

Num primeiro momento, a validação do conhecimento aí gerado tem que ser minha, centrada em minha primeira pessoa, mas tendo sempre em vista que:

Na verdade, nenhuma abordagem metodológica da experiência é neutra, ela inevitavelmente introduz um arcabouço interpretativo no interior de seu processo de coleta de dados. O que significa que não há como fugir da dimensão hermenêutica do processo: todo exame é uma interpretação e toda interpretação revela e oculta ao mesmo tempo. Porém disto não se pode concluir que uma abordagem disciplinada da experiência não cria nada ou cria no máximo artefatos, ou, ainda, uma versão 'deformada' do que 'realmente' é a experiência. [...] Assim toda e qualquer descrição que se pode produzir através dos métodos de primeira pessoa não são puros fatos concretos, mas são potencialmente unidades do conhecimento, quase-objetos de natureza mental. Nada mais, nada menos. [...] Além disto, a experiência humana não

é um domínio fixo e pré-delimitado. Pelo contrário, está sempre em transformação, móvel e fluída. [...] O que quer dizer que a experiência é explorada e modificada com cada procedimento disciplinado em meios controlados. Tudo o que se tem é experiência em seu próprio plano de exame e sempre dependendo dos esforços e métodos colocados em jogo para abordá-la. Move-se e muda, e sua exploração já faz parte da vida humana, ainda que, geralmente, por outros objetivos que não sejam a compreensão da experiência em si mesma (VARELA & SHEAR, 1999, pp.14).

Segunda pessoa: interlocuções empáticas

Tais experiências e vivências, relatadas com suas revelações e ocultamentos próprios das abordagens de *primeira-pessoa*, necessitam ser submetidas a avaliação de um outro, um outro ou alguns outros, para que ocorra *mediação* da posição de primeira pessoa para uma posição de segunda pessoa. “*Por mediação entende-se aqui uma outra pessoa que ocupa uma posição intermediária entre a primeira e a segunda posição, por isso o nome de posição de segunda pessoa. Um mediador que é excêntrico a experiência vivida, contudo assume uma posição de quem esteve lá de certa forma, e pode assim oferecer sugestões e favorecer o aperfeiçoamento.*” (VARELA & SHEAR, 1999, p. 8). Trata-se de uma pessoa que possa colocar-se nesta posição, para permitir ao pesquisador sair da posição de primeira pessoa e passar a *Segunda posição*. Tal mediador tem, portanto, que ter certa familiaridade com os territórios, com os contextos e com o objeto estudado, mas, principalmente, tem que ser uma pessoa reconhecida como importante e segura no processo *autopoiético* do pesquisador.

Em relação à segunda posição que será assumida pelo pesquisador, Daniel DENNETT (1991) a formula como uma posição semelhante à do antropólogo estudando uma cultura remota. Para este não basta coletar entrevistas, gravações, figuras e inscrições desta cultura. Necessita obter *modelos* de vida, tanto mental como cultural, de tudo o que se aproximou na experiência vivenciada no momento de primeira posição. Em outras palavras:

Necessita-se tratar o emissor de ruídos como um agente, um agente de fato racional, dotado de crenças e desejos e inúmeros outros estados mentais que denotam intencionalidade ou “significado” assim como suas ações podem ser explicadas através destes estados mentais (DENNETT, 1991, p.76).

Em nosso caso, assumir uma posição como esta diante um objeto de pesquisa que é uma relação intersubjetiva entre dois sujeitos singulares, onde um deles é o próprio pesquisador, implica na necessidade de *mediação* para que esta posição possa identificar elementos intrínsecos da relação, que possam se constituir em elementos reflexivos para a auxiliar a vivência de outras possíveis *semiologias autopoieticas*. A reflexão se engendra aí, pois é a partir do olhar e da escuta de um outro capaz de colocar-se na posição do médico e na do paciente, que viveram a relação intersubjetiva é que eu, como pesquisador, posso me refletir no outro e refletir a mim mesmo com a segurança de estar em posição de realidade, em território seguro. Reterritorialização produtora de sentido tanto para o meu processo autopoietico, como para a contribuição desta minha reflexão em outros devires também autopoieticos.

A experiência vivida entre duas ou mais pessoas (no caso da relação médico paciente, de médico acompanhante, e a de médico supervisor-aluno-paciente) necessita comunicação de pensamentos, olhares e vozes de segunda pessoa, que poderão ou não validá-la, mas que com certeza produzirão *reflexão*: o meu refletir no outro, a partir de um outro seguro. Ou seja, o reencontro da representação interna com a imagem especular externa, que a coloca sobre a mira da crítica. Autocrítica. Esta, por sua vez, certamente, oscilará entre a auto-estima narcísica e a cruel depreciação. Espero não aderir a nenhum destes extremos. Entretanto, o “antropólogo”

não aceita tomar suas fontes de informações em valor nominal, simplesmente submetendo-as a sua própria interpretação. O antropólogo aqui não pode tornar-se mais um membro da tribo. A razão pela qual essa posição necessita uma posição de Segunda pessoa é que embora utilizando-se de traços estritamente externos, o pesquisador contudo está de fato presente como um indivíduo situado e que tem que produzir interpretações intencionais dos dados (VARELA & SHEAR, 1999, p. 10).

O problema está quando o pesquisador, como o antropólogo muitas vezes, é tentado a passar a fazer parte da tribo. Daí a necessidade de posicionar-se em segunda pessoa, não como um membro da tribo, abandonando explicitamente seu distanciamento para tornar-se “integralmente” identificado com o tipo de entendimento e a coerência interna de sua fonte de dados, mas para que possa assumir o papel de um ressonador empático com experiências que são familiares a ele e que nele provocam um sentimento ressonante. A mediação através de um outro seguro permite que esta posição empática adquira o distanciamento crítico necessário através de sua avaliação crítica, promovendo assim a possibilidade de *Segunda posição* do pesquisador. Segundo os autores a que estamos nos referindo, esta mediação, na verdade, assemelha-se muito à posição assumida por um treinador diante dos jogadores que estão em ação e também daquela da parteira que acompanha outra mulher na hora de dar à luz.

Seu papel fundamenta-se na sensibilidade aos indícios sutis do conversar de seu interlocutor, de sua linguagem corporal, sua expressividade, procurando por sinais (mais ou menos explícitos), que estejam em acordo com a base experimental vivenciada. Tais encontros não seriam possíveis sem o mediador colocar-se no domínio das experiências sob exame, assim como nada pode substituir o conhecimento de primeira mão (VARELA & SHEAR, 1999, 10).

Varela & Shear apontam também que a posição de Segunda pessoa pode também ser tomada a partir do ponto de vista do pesquisador, tentando explicitar a forma como vivenciou a experiência. Essa posição diz respeito ao próprio sujeito em seu processo de trabalho, com a possibilidade de validação através de suas próprias ações e expressões. Assim, necessidade de validação intersubjetiva não seria obrigatória em todas as situações. Mas a conversão sim: não há possibilidade de metodologia de primeira pessoa, como a concebem estes autores, sem que haja, de alguma forma, a posição da experiência direta que solicita validação. De outra forma o processo torna-se puramente privado ou até mesmo solipsístico.

Proponho, aqui sim, uma interlocução aberta com os pareceres e comentários de pessoas que considero importantes em todo este meu processo de pesquisa e reflexão, a respeito do que relato como vivenciado em posição de primeira pessoa. Trata-se do

ouvir e reagir à livre crítica feita por eles ao que produzi como relato de minha experiência, de minha vivência. Tal crítica parte da leitura (e de certa forma centra-se nessa leitura) de meus relatos do que vivenciei em meu campo de experiência, mas, também, por outro lado passa pela experiência que tivemos ao compartilhar outras vivências conjuntas, seja de trabalho, de supervisão de alunos e de médicos residentes, de outras vivências pedagógicas, de orientação, de pesquisa, etc.. Todos estes serão de alguma forma incluídos ao *corpus* da tese como comentários pertinentes e que provocaram reflexão e reposicionamento em Segunda posição do autor. No momento de síntese, pretendo tecer considerações sobre a validação ou não de meus resultados a partir destas críticas.

Foram interlocutores eleitos para este processo:

- Um médico pediatra, professor que exerce como eu atividade docente-assistencial em unidades básicas de saúde há mais de 10 anos, sendo que boa parte dela tem sido compartilhada comigo nos últimos 6 anos. Realizamos juntos, também, semanalmente, uma atividade de supervisão de alunos e médicos residentes. Nesta atividade pedagógica, propomos-nos tratar com os alunos, através de técnicas de discussão livre em pequenos grupos e vez ou outra de técnicas psicodramáticas, de questões relacionadas à tecnologia leve do trabalho médico, em especial, das dificuldades e incômodos encontrados na dinâmica da consulta pediátrica. A escolha deste interlocutor deveu-se à proximidade de nossos trabalhos e principalmente da oportunidade de discutir e trabalhar com os mesmos alunos questões que são muito pertinentes ao vivenciado em minha pesquisa. Será aqui chamado *Interlocutor pediatra*;
- Uma psicóloga com a qual tive oportunidade de trabalhar durante os dois anos iniciais da pesquisa num dos Centros de Saúde, em que elegi parte das situações vivenciadas e que serão relatadas aqui. Com ela estabeleci forte vínculo de confiança e apoio, contando sempre com a sua supervisão de minhas dificuldades na relação com meus pacientes, assim como pude aprender, graças a ela e suas indicações para leitura, várias possibilidades técnicas de comunicação com crianças e adolescentes. A escolha desta

interlocutora deve-se ao marco importante que este trabalho conjunto teve em todo meu processo de pesquisa, tanto no início, como no desenvolvimento do processo da pesquisa, como, posteriormente, dada sua incorporação em outras possibilidades de situações de vínculo vivenciadas. Será chamada *Interlocutora psicóloga*;

- Uma educadora com a qual estabeleci forte vínculo de trabalho e amizade a partir de experiência com atividades de *tutoria* pedagógica compartilhada para grupos de médicos residentes em Medicina Preventiva, nos últimos 3 anos. Uma destas atividades, que chamamos *processo grupal*, tem sido fundamental em meu processo de reflexão a respeito das relações intersubjetivas em grupos e também nas situações de relação médico-paciente. Sua escolha deve-se a importância que encontrei em suas concepções pedagógicas e em especial na relação Educação e Saúde, que prioriza os *processos* de relação, de comunicação afetiva e de empatia como mais eficazes que os possíveis *resultados* esperados num processo pedagógico. Esta perspectiva se inscreve no decorrer de meu processo de pesquisa, e hoje a considero fundamental no processo de análise e reflexão sobre as situações de pesquisa vivenciadas. Será chamada *Interlocutora educadora*;
- Um médico residente com o qual tive oportunidade de trabalhar e com o qual pude me refletir através de minha memória como médico residente há 15 anos atrás. Trata-se de relações que estabeleci com subjetividade diferente, mas que me produziu reminiscências de vivências anteriores. Resgate de um processo que antecede a tese e que só poderia culminar nela. Sua escolha deve-se à necessidade de reflexão do professor no aluno, do médico que já viveu alguns anos a mais de experiência no médico recém-formado. Será chamado *interlocutor residente*.

Na segunda posição promovida pela reflexão a partir do processo intersubjetivo com as segundas pessoas, proponho rever enunciados, posições e ações não refletidas na posição de primeira pessoa. Tal revisão, a respeito das situações de vínculo vivenciadas com estes interlocutores, poderão então, validar (ou não) os relatos destas

experiências. São interlocutores significativos deste momento de pesquisa estes profissionais que, de certa forma, participaram de minhas dúvidas e de meus desejos de pesquisa. A eles será oferecido os relatos destas vivências, que serão avaliados tanto em seus aspectos positivos como negativos. Suas avaliações serão incluídas no *corpus* da pesquisa como elementos que pretendem dar certa validação ao método. A inclusão de suas impressões, serão obtidas e incluídas apenas se houver consentimento por escrito da parte deles e total compreensão de minha parte das mesmas. Para isto, procurarei reunir-me com eles para elucidar ao máximo suas críticas e comentários e, posteriormente, com seus consentimentos, inclui-los, ou não, na tese.

Terceira pessoa: confecção de conceitos

Trata-se de um ajustar de lentes. Ajustar minha *lente* a outras *lentes polidas*. Trata-se da contribuição daqueles que pude acessar como referenciais teóricos para a produção de meu discurso. Trata-se daqueles que nos dizem respeito. Que ao lê-los, os ouvimos e sentimos: é isso aí que quero dizer, é isso aí que me reflete, é isso aí que me desperta... E, assim, colhendo retalhos de seus dizeres mais significativos, tecermos a nossa “colcha”, que como uma lente ainda está pouco polida, sem acabamento. Os “retalhos” mais polidos nos dão segurança. Segurança de que não estamos só. Pensamentos são elementos muito ricos do plano de imanência do viver, do estar conectado com o outro, com a realidade, com o mundo, com o cosmo.

A criação do conceito de corpo vibrátil, que tomo das noções dela apresentadas por Suely ROLNIK em sua *Cartografia sentimental* (1989), requer um esforço cognitivo *introspectivo*, que parte das representações que tenho adquirido em minha experiência de vida a respeito do corpo. Tal experiência inclui o viver meu próprio corpo, o viver os corpos aos quais tive acesso, o viver o corpo inerte biomédico, que parte da anatomia do cadáver, o pensar o corpo fisiológico, fisiopatológico, psicológico, fenomenológico, filosófico. Trata-se de um esforço que parte do *plano de imanência* de meu pensamento sobre corpo, em direção ao *campo de existência*, que é onde se dá a experiência de vida, que me valida esta experiência.

Deste movimento emerge a necessidade de se aprofundar um pouco mais na noção de subjetividade, sua constituição, seus fluxos subjetivos, suas metamorfoses, os contextos e relações que a engendram. Aqui aproximo muitos de meus “retalhos” preferidos: alguns de Espinosa, Marilena Chaui, Humberto Maturana, Francisco Varela, Elias Canetti, entre outros.

Num terceiro movimento, proponho recuperar também através da introspecção o viver-morrer de meu corpo vibrátil nos *territórios* de minhas ações profissionais. Trata-se de recuperar o vibrar coletivo das *instituições* que envolvem estes territórios: serviços de saúde, medicina, enfermagem, pediatria, medicina de adolescentes, ensino médico, saúde coletiva, política de saúde, modelo assistencial. Esta recuperação dos territórios como espaços de vibração coletiva de processos instituídos e instituintes é fundamental para colocarmos o leitor, no contexto das relações inter subjetivas do autor e sua vivência cotidiana de assistência à saúde de crianças e adolescentes e de ensino médico para alunos de internato e médicos residentes em pediatria e em medicina preventiva e social. O período de tempo resgatado será entre março de 1996 a março de 2002. A categoria central aqui será *fluxos subjetivos* de ações instituídas e instituintes.

Destas interlocuções, bem como o debate com o outro, o que se manifesta a respeito de minha vivência de minha prática e ainda a vivência em si com o outro que me procura, que me pede ajuda, germina um trabalho, talvez uma pesquisa sobre um certo saber-fazer, tecnologia pura e leve, *pretenciosa* e que de alguma forma busca uma síntese: elementos para uma reflexão semiológica para um atuar em relação ao outro, na atenção à sua saúde, a sua doença, a seu viver e seu morrer.

O texto

A confecção do texto pretende respeitar os momentos de vivência do saber construído e autoproduzido no campo de experiência, na prática cotidiana de trabalho e o saber autoproduzido através da introspecção, da reflexão e da interlocução que reposiciona o autor, da posição de primeira pessoa, para a posição de segunda e de

terceira pessoa. Os relatos e sua expressão viva em bruto aparecerão intercalando cada passo de reflexão teórica, como se pudéssemos folhear um diário de anotações sem compromisso com uma seqüência linear no tempo linear, que por outro lado, não se trata de uma catarse sem lógica. A seqüência do aparecimento destes relatos tem uma lógica emocional e intuitiva, como se o aparecimento destes relatos, fossem requeridos pela força dada de cada um no momento que a reflexão teórica ia sendo produzida. A partir de um certo momento relato e reflexão se misturam. Um faz parte do outro. Aproxima-se o momento de se tentar uma síntese, uma linha de fuga a ser delineada, deslindada. Vamos a ele...

A disposição

Disposição s.f. [...] ato ou efeito de dispor **1** posição ocupada por vários elementos; distribuição, arranjo [...] **2** local em que (algo) se situa; localização, situação, posição [...] **3** estado de espírito, ânimo, humor [...] **3.1** estado de espírito favorável a (algo); vontade, animação, entusiasmo [...] **4** estado de saúde; condição física em que se sente o indivíduo [...] **5** facilidade e gosto, ger. inatos, de um indivíduo para determinada atividade; tendência, inclinação, jeito [...] **6** m.q. *PREDISPOSIÇÃO* [...] **7** manifestação da vontade de alguém; ordem, determinação [...] (HOUAISS, Antônio & VILLAR, Mauro de Salles, 2001, p.1057).

04 de fevereiro de 2000.

Estou dirigindo meu carro em direção ao trabalho. Acabei de jantar e estou voltando para meu plantão no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Universidade. Diferentemente de outras ocasiões, sinto-me feliz por estar trabalhando lá. Creio que meus pensamentos recentes tenham sido embevecidos pelo sentimento de gratidão. Não me recordo ao certo o porquê deste sentimento, mas acredito que tenha, em parte, relação com o dia especial de hoje, que esteve esplendoroso, com um entardecer de céu rosa-alaranjado e uma temperatura bastante amena para um final de verão. O horário de verão já incorporado, também contribui para a sensação boa de simplesmente viver.

Entro no PS, passando pela sala de inalações e encontro várias crianças, com seus respectivos acompanhantes, recebendo, através de máscaras, oxigênio umidificado e, provavelmente, em alguns casos, com algumas gotas de broncodilatadores. Rapidamente, percorri o olhar por todos e, quase que instintivamente, sorri e comentei:

- Minha nossa! Quanta criança doente!

Percebo uma imediata modificação de olhares e posturas, como se meu comentário sorridente em atitude de quem está chegando para agir sobre eles, produzisse uma distensão e um certo alívio àquela situação. Com os alunos e médicos residentes, passo a dar orientações e encaminhamentos aos atendidos.

De repente, posso, de uma certa forma, constatar o impacto de minha presença sobre o humor do plantão e das pessoas que estão ali, quando uma das mães aproxima-se de mim e comenta:

- Nunca a Universidade vai deixar de nos atender, vai?... A gente se sente segura por ter vocês... Vocês animam a gente... Atendem bem.

O corpo vibrátil

O aspecto dinâmico da matéria manifesta-se na teoria quântica como conseqüência da natureza ondulatória das partículas subatômicas, e é ainda mais central na teoria da relatividade, a qual nos mostrou que o ser da matéria não pode ser separado de sua atividade. As propriedades de seus modelos básicos, as partículas subatômicas, só podem ser entendidas num contexto dinâmico, em termos de movimento, interação e transformação.

(CAPRA, Fritjof, 1997, p. 82)

Vibra-se o quê? Emoções, sentimentos, temperamentos, posturas corporais, estruturas físicas, modos e hábitos, indumentária, estados de humor, pensamentos e palavras, atitudes, interesses, atuações, desejos... Vibra-se consciência e inconsciência. Conecta-se. Comunica-se. Integra-se, de alguma forma, a um turbilhão de vibrações num espaço-tempo que nos comove, nos movimenta, nos transforma. Vive-se um corpo, que é extensão finita de um todo ilimitado, a substância, que através de nossa consciência a fragmentamos em partículas. Partículas, que como diria CAPRA (1997), são *“padrões dinâmicos, padrões de atividade que possuem um aspecto espacial e um aspecto temporal. O aspecto espacial faz com que elas se apresentem como objetos com uma certa massa, o aspecto temporal, como processos que envolvem a energia equivalente. Assim o ser da matéria e sua atividade não podem ser separados; são apenas aspectos diferentes da realidade espaço-tempo”* (CAPRA, 1997, p. 85). Portanto, o corpo que aqui chamaremos de corpo vibrátil, trata-se do corpo *matéria*, que vibra um viver-morrer em processo, que, a partir de seu engendramento, constitui-se e consome-se, se auto produz e se desgasta, até se consumir, ou ser surpreendido por um fim inesperado. Este processo, sua história singular, está sujeito a inúmeras instabilidades, ao acaso e, ao

mesmo tempo, a irreversibilidade do tempo e suas determinações. A este processo de auto-produção, chamaremos de *autopoiese*¹⁰.

Este corpo humano vibrátil é natural. Faz parte, como qualquer outro corpo deste planeta do que ele mesmo chamou de Natureza. Homem e Natureza. Constituinte e todo em luta constante. O *naturado* pretendendo dominar o *naturante*. Sem dúvida, dentre os corpos vibráveis desta Natureza, o homem talvez seja sua maior ameaça e seu mais contumaz transformador. Ela, por sua vez, é a sua mais potente e arrebatadora ameaça, e como sua constituinte em essência, sua principal transformadora. Transformada, transforma, porém sua força é incomensurável, mesmo diante de toda pretensão de força da *consciência* (intelecto) humana. Consciência que, por sua vez, desconhece até mesmo a dimensão de seu outro reverso: a “algoz” *inconsciência* também humana. Vibração consciente e inconsciente, o corpo do homem é apenas um atributo da substância da qual se constitui a natureza, enfim, o cosmo. Como nos diria Espinosa, através das palavras de Marilena CHAUI, o corpo humano é,

Um modo finito do atributo extensão, isto é um indivíduo extremamente complexo constituído por uma diversidade e pluralidade de corpos duros, moles, e fluídos relacionados entre si pela harmonia e equilíbrio de suas proporções de movimento e repouso. É uma unidade estruturada: não é um agregado de partes, mas unidade de conjunto e equilíbrio de ações internas interligadas de órgãos, portanto, indivíduo. Sobretudo é um indivíduo dinâmico, pois o equilíbrio interno é obtido por mudanças internas contínuas, formando um sistema de ações e reações centrípeto e centrífugo, de sorte que por essência, o corpo é relacional: é constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir (CHAUI, 1995, p. 111).

¹⁰ *Autopoiese*, categoria de processo criada por Humberto R. Maturana e Francisco J. Varela, referindo-se ao processo que define os seres vivos como uma classe diferente das demais classes de seres de nosso universo. Trata-se de um processo de organização que caracteriza um ser como ser vivo: “Nossa proposta é que os seres vivos se caracterizam por – literalmente – produzirem de modo contínuo a si próprios, o que indicamos quando chamamos a organização que os define de **organização autopoietica**. (Maturana & Varela, 2001, p. 52)

Assim, para potencializar suas forças diante da natureza, o corpo humano vibrátil organiza-se para viver em sociedade. O homem se faz em sociedade. É aí que garante sua perseverança na existência. Toda sua *autopoiese* se dá nas relações com o mundo social. Mundo da convivência, da cultura, dos valores, dos interesses, das instituições, das burocracias, da política, da luta pela sobrevivência, do desejo de perseverar vivendo. Mundo percebido, incorporado e afetado pelas ações ou omissões de cada um que dele faz parte. Mundo não percebido, não compreendido, não incorporado, também afetado por ações ou omissões. Corpo que vibra no turbilhão de vibrações do mundo, do qual, um recorte mais preciso, para garantir a sobrevivência, vibra ao tom do que chamamos sociedade e seus possíveis acordes culturais. Este vibrar do percebido e do não percebido é o que delimita um campo de possibilidades de relações com o mundo. Campo, ao mesmo tempo, determinado pelas necessidades e sujeito ao imprevisto pela contingência. Campo incorporado, pelo concreto das possibilidades e pelo abstrato da subjetividade. E, ao mesmo tempo, pelo concreto da subjetividade e pelo abstrato das possibilidades.

É a partir deste campo de relações e interações com o mundo e de sua incorporação, que se faz necessário nos aproximarmos um pouco mais deste corpo vibrátil. Aproximação para percebermos os possíveis sentidos e a amplitude de seu vibrar, assim como suas estruturas de vibração. Tentemos percebê-lo um pouco melhor, aproximando-nos mais de perto de sua pele.

Corpo, sentidos e percepção

Limite concreto entre o interno e o externo, a pele separa o dentro e o fora e é a principal superfície de proteção do corpo. Estruturada em camadas bem diferenciadas tanto em seus componentes como em suas funções, constitui-se num todo muito bem organizado, para proteger adequadamente as diferentes partes do corpo. Sua superfície é demarcada por sulcos e saliências que conferem à pele toda a maleabilidade necessária para os movimentos das estruturas internas, para as respostas intrínsecas a seus agressores, assim como para o crescimento do corpo como um todo e de seu

“retraimento” no processo de envelhecimento. Sua elasticidade também varia ao longo de sua extensão, dependendo da região estrutural a que protege, sendo até um pouco rígida em algumas partes. Além da proteção como barreira, a pele é um importante espaço de atividade imunológica, onde se dão reações de ataque e defesa com relação tanto a agentes externos como a produções internas reconhecidas como estranhas ou que não possam mais ser suportadas pelo corpo. Através de suas secreções de suor e gorduras, esta pele garante, também, ao corpo impermeabilidade relativa, alta impedância elétrica e certa resistência a agentes corrosivos. Graças à sudorese, a constrição e dilatação de seus vasos, assume também papel importante na termo regulação do corpo. E, através de uma rede complexa e especializada de terminações nervosas, a pele garante ao corpo alto poder sensitivo ao calor, ao frio, e aos diferentes tipos de pressão através do tato, sendo assim um dos principais órgãos de percepção do corpo.

Trata-se, também, de importante espaço de expressão e reações intersubjetivas e um habitat da subjetividade. Ao mesmo tempo que protege, expõe boa parte da vida subjetiva do corpo: sua história, seu cuidado, suas emoções, sentimentos, identificações, desejos. As dobras e marcas transformam-se, reconfiguram-se e acomodam-se, diante das vicissitudes da vida, fluxos e contra-fluxos de afetos. Estes compõem e constituem a história do existir singular de cada um: a herança genética de uma cor e de uma textura, os efeitos concretos de todo um metabolismo, de um regime hormonal, de um estado nutricional e de maturação, o ambiente a que tem sido submetida (o clima, a poluição, as infestações, as possibilidades de cuidado, a cultura do cuidado, etc.), os traumas, frustrações, satisfações, etc.

As possibilidades do cuidado não são apenas possibilidades externas, mas também as possibilidades incorporadas do valor que se dá à pele, tanto culturalmente, como que socialmente e nas relações da intimidade. A proteção necessita de proteção: o cuidado da limpeza, a nutrição do sol, da incorporação, tanto pela via interna como pela externa, de substâncias. Assim, a pele ora deseja exposição, ora deseja o recolhimento, a vestimenta, como se esta a complementasse, ampliasse suas camadas estruturais e subjetivas.

A vestimenta, “prolongamento” cultural da pele e complemento do corpo, protege-o, embeleza-o ou realça partes dele. Cria, além da proteção e do controle da temperatura, outras significações e sensualidades. Proporciona outras vibrações de cor e de movimento. Em outros momentos é a própria pele que servirá de tecido para o ornamento, tornando-se espaço de representações, de idéias, de filiações e auto-afirmações. A decoração da pele faz parte de rituais sagrados e de iniciação em muitas culturas. Em outras faz parte dos processos de sedução, de demonstração de fertilidade, de contestação social, rebeldia, filiação a algum grupo e auto-afirmação como sujeito e como espécie, como é o caso da tatuagem em nossa cultura.

A pele expressa, também, emoções e sentimentos, através de seu fluxo sangüíneo, de sua capacidade secretória, principalmente, a sudorese e, no caso de estados emocionais mais persistentes, de sua capacidade imunológica de proteção e até mesmo de sua capacidade de controle da pigmentação. O rubor da vergonha, a piloereção no apavorado ou no impressionado, a palidez e a sudorese do medo, a alergia no hipersensível e intolerante, os furúnculos do deprimido, a despigmentação do vitiligo nos melancólicos são possibilidades de exemplos.

A capacidade de percepção da pele é essencialmente afetiva, tanto no sentido do para dentro, como no sentido do para fora. Para dentro, a percepção é mais uma vez, predominantemente, protetora, ou seja, afeta o corpo no sentido que o protege. Porém, é também diretamente afetiva no sentido do desejo de comunicação com o fora, como primeira estrutura corporal de contato. Seja na sensualidade do toque, seja no carinho do abraço, no *holding* do colo, na segurança do amparo, na confiança de um aperto de mão, é a pele que chega primeiro, e de alguma forma transmite, através de sua regularidade, de sua espessura, de seu cheiro, de sua temperatura, de sua transpiração, a modulação destes sentimentos. Cada uma destas experiências também afeta intensamente o dentro. Até mesmo quando se pretende agressiva e dolorosa (com a participação ativa de músculos, ossos, etc.) no tapa, no soco, no empurrão, no safanão; ou, ainda, defensiva no toque harmonioso que pega, puxa e desarma.

As mucosas de transição entre a pele e os órgãos internos, a mucosa da cavidade oral, da cavidade nasal e genital externa e do ânus são densamente inervadas e dotadas de estruturas sensoriais, que garantem ao corpo proteção àquilo que pode ser nocivo e aceitação e exposição àquilo que pode ser benéfico, construtivo e prazeroso. As cavidades oral e nasal são dotadas de redes ramificadas de fibras nervosas que captam informações de células, ou corpúsculos de células especializadas na identificação físico-química de sabores e odores. A partir de receptores para quatro sabores básicos (ácido, salgado, doce e amargo), os corpúsculos gustativos, identificam centenas de combinações de sabores que provocarão inúmeras possibilidades de emoções e reações corporais.

Com relação ao olfato, as membranas olfatórias, localizadas na parte superior das fossas nasais, são áreas de epitélio altamente especializado, dotado de células nervosas olfativas e glândulas produtoras de muco já preparadas para aceitar ou expelir substâncias agradáveis ou nocivas. Para que as células nervosas cheguem a identificar os odores, as substâncias odoríferas devem ser, ao mesmo tempo, voláteis para que possam penetrar na cavidade nasal, ligeiramente solúveis em água para que possam atravessar o muco e, solúveis em lipídios, para que possam estimular as paredes lipídicas dos receptores olfativos. As sensações olfatórias primárias são muito controversas. Acredita-se que mais de 50 sensações primárias estão envolvidas. Admite-se que a maioria delas poderia ser admitida numa destas sete classes de percepção de odor: canforado, almíscar, floral, menta, etéreo, picante e pútrido (GUYTON, 1991, pp. 515-6). Odores da Natureza, do mundo externo ao corpo, odores que podem nos desencadear reflexos e desejos de fuga ou afastamento, assim como desejos de aceitação e entrega. Enfim, estímulos estereoceptivos responsáveis em boa parte pelo contato do corpo com o mundo.

A pele, embriologicamente, tem a mesma origem que a de todos tecidos nervosos e os demais órgãos dos sentidos: o *ectoderma*. Ou seja, da camada embriológica responsável pela estruturação de todo o sistema de percepção, integração e coordenação das informações e das ações do corpo no mundo. Estruturas altamente diferenciadas para a percepção e integração de informações, projeções, integrações de imagens,

imaginações, etc., que produzirão estímulos sobre órgãos efetores de ações afetivas. Portanto, trata-se do setor embriológico que engendrará estruturas corporais que partem do afeto para retornarem ao afeto. Puro campo das relações afetivas, constituídas a partir do afetado no mundo para afetar o mundo.

David BOADELLA (1992) constrói um modelo teórico, onde cada camada embriológica, geradora de tecidos e órgãos, associa-se a emoções, sentimentos e atitudes, que especificarão processos de senti-agir que acompanharão o ser humano no decorrer de sua existência. Com relação ao ectoderma, camada embriológica que será responsável por toda estrutura perceptiva do corpo, assim como por toda estrutura neurológica integrativa e por toda estrutura de contato externo, a pele, o processo sentir-agir a ela relacionado foi denominado *facing-sounding*, que, em português, poderia ser traduzido como processo de encarar e sonorizar.

O “encarar” (*facing*) relaciona-se com o reconhecimento do mundo, forma como encaramos e podemos ser encarados no mundo. Parte dos sentidos, com os quais tocamos e miramos o mundo, ou seja, o tato e a visão. Retorna ao corpo, através de como somos tocados e vistos pelo mundo. Processo que mais uma vez revela a dialética da natureza:

Encarar está relacionado com o reconhecimento, com a maneira como vemos as pessoas, com as qualidades de luz que se desenvolvem quando as pessoas realmente se olham e com os sinais de iluminação que surgem subitamente nesses contatos. A compreensão desenvolve-se a partir da observação. Se uma pessoa permite que seu interior seja visto por outra, ela começa então a se reconhecer e pode olhar para dentro, não no sentido de uma introspecção estéril, mas no sentido de aprender a se amar e a se aceitar. Portanto, um olhar claro entre as pessoas estimula um ser mais profundo. (BOADELLA, 1992, p.105).

O “sonorizar” (*sounding*) refere-se à capacidade de comunicação humana através da linguagem: falar e ouvir, duas funções fisiológicas extremamente potentes para a construção da subjetividade humana.

A capacidade auditiva depende de toda a estrutura orgânica necessária para a sua modulação. Inicia-se com as vibrações sonoras oriundas do ambiente que dependendo da velocidade do som, sofrerá uma impedância, ou seja, uma determinada resistência no meio em que se propaga. No corpo humano, a capacidade auditiva está associada a condução do som pela membrana timpânica e todo o sistema ossicular a ela ligado, que permite a equilibração das impedâncias das ondas sonoras no ar e no líquido coclear, bem como pela impedância do som através das estruturas ósseas cranianas, embora aqui com muito menos eficácia. A *cóclea*, estrutura interna ao osso temporal, assim é estimulada e as vibrações através de seu líquido são captadas por estruturas ultrasensíveis, que constituem o *órgão de Corti*, onde se encontram as terminações receptoras geradoras dos impulsos nervosos que estimularão o nosso cérebro. Estes estímulos atravessam várias estruturas onde ocorrerão inúmeras sinapses internas, que irão estimular o *sistema reticular ativador* do cérebro que distribui os estímulos em parte para córtex cerebral auditivo e, em parte na direção da medula espinhal. Este sistema é altamente eficiente e consegue *“manter alto grau de orientação espacial em toda extensão da via auditiva desde a cóclea até o córtex”* (GUYTON, 1991, p. 507). No entanto, todos estes “entrepósitos” estão sujeitos a outros inúmeros estímulos externos (no caso inclusive outros estímulos auditivos), e, principalmente os internos, que podem desviar a atenção, ou seja, podem concentrar a atividade cerebral em outros pontos do cérebro, que não as vias e o córtex auditivo. Deve-se ressaltar que, mesmo que a atenção não esteja dirigida para a consciência de determinado estímulo sonoro, sua transmissão é certa, provocando estados emocionais de fundo e muitas vezes provocando reações autonômas, que determinarão disposições corporais para determinadas atitudes e condutas. Por exemplo: levantar-se e fechar a janela, por onde penetra determinado estímulo sonoro.

Com relação à visão, a retina, órgão receptor dos estímulos visuais, faz projeções para varios pontos do cérebro. Um deles é o núcleo geniculado lateral (GNL), que se encontra numa estrutura diencefálica¹¹ chamada tálamo. Este núcleo é considerado como um “relé” para o córtex. *“Entretanto, um exame mais atento mostra que a maior parte do que os neurônios do GNL recebem não vêm da retina (menos de 20%), mas sim de outros centros do interior do cérebro, incluindo o córtex visual, o colículo superior, o hipotálamo e a formação reticular”* (VARELA, 2000, p. 56). Assim tudo o que chega ao córtex visual é modulado por estímulos neuronais altamente associados às emoções, ao sistema de atenção, etc. *“O que atinge o cérebro, vindo da retina, é apenas uma leve perturbação em meio a um zunido contínuo de atividade interna e que pode ser modulada – neste caso em nível do tálamo – mas não orientada.”* (VARELA, 2000, p.56)

Segundo Francisco Varela, este é o ponto chave da crítica que a Teoria da Biologia do conhecer faz a respeito dos modelos representacionistas, para se explicar o funcionamento do sistema nervoso central e o processo cognitivo.

Para se compreender os processos neurais, de um ponto de vista não representacionista, basta apenas notar que qualquer perturbação proveniente do meio ambiente será registrada conforme as coerências internas do sistema. Tais perturbações não podem atuar como “informações” a serem processadas. Ao contrário, dizemos que o sistema nervoso tem um “fechamento operacional”, porque ele se baseia, essencialmente, sobre coerências internas capazes de especificar um universo relevante (VARELA, 2000, p. 56),

¹¹ Diencefálo = porção central do cérebro, reponsável por importantes conexões nervosas e glandulares (liberadoras de importantes hormônios reguladores do metabolismo), situada entre porções vitais do cérebro, responsáveis pelo controle da respiração, da temperatura, e outras funções autônomicas e os dois hemisférios cerebrais, que constituem as porções mais desenvolvidas e responsáveis pela maior parte das funções psíquicas e pela coordenação de quase toda sensibilidade e motricidade do corpo.

O Sistema nervoso como rede neuronal fechada

Somos sistema nervoso a partir da pele, do sistema nervoso periférico visceral e de todos os demais órgãos do sentido preparados para decodificar e se relacionar com o mundo externo. Será no sistema nervoso central que todas as perturbações externas e internas ao corpo serão modeladas, integradas e decodificadas em diferentes níveis de percepção, consciência, atenção, intencionalidade. Dependendo de estímulo ou perturbação, implicará em uma resposta imediata e reflexa, ou numa resposta mediada pela emoção provocada e/ou pela cognição, podendo predominar uma, outra, ou, ainda, um conjunto de respostas.

No homem, cerca de cem bilhões de interneurônios interconectam em torno de um bilhão de neurônios motores, que ativam uns poucos milhares de músculos, com aproximadamente dezenas de milhões de células sensoriais de células sensoriais distribuídas como superfícies receptoras em vários locais do corpo. Entre os neurônios do corpo e os sensoriais, interpõe-se o cérebro, gigantesco conglomerado de interneurônios que interconecta a uma razão de (10/100.000/1) numa dinâmica sempre em mudança (MATURANA & VARELA, 2001, p. 178).

Assim o sistema nervoso, dotado de uma rede interneuronal fenomenal expande as possibilidades de conduta e de comportamento que uma perturbação possa provocar no organismo. Na história filogenética dos seres vivos, a aquisição de um sistema nervoso expande as possibilidades de autonomia dos seres dele dotado. Múltiplos circuitos tornam-se possíveis não só com relação à produção de movimento como através do controle neuronal da produção de enzimas e hormônios, tonicidade dos vasos, etc. Mecanismos que conservam a manutenção da organização interna do organismo, como também promovem seu desenvolvimento, assim como as possibilidades decorrentes de seu desgaste e destruição. Sob este ângulo, o sistema nervoso não é uma simples máquina processadora de informações que acabam por produzir determinadas respostas, a partir das representações recorrentes experimentadas em momentos anteriores. Trata-se sim de uma estrutura, que apesar de enclausurada, é altamente potente de produção de possibilidades e sentidos.

[...] O sistema nervoso pode ser definido, no que se refere à sua organização como, dotado de uma **clausura operacional**. Isto é, está constituído de tal maneira que quaisquer que sejam suas mudanças elas geram outras modificações dentro dele mesmo. Assim, seu modo de operar consiste em manter certas relações entre seus componentes invariantes diante de perturbações que geram, tanto na dinâmica interna quanto nas interações do organismo de que faz parte. Em outras palavras, o sistema nervoso funciona como uma rede fechada de mudanças de relações de atividade entre seus componentes (MATURANA & VARELA, 2001, p. 183).

Este sistema nervoso encontra-se, então, em contínua mudança estrutural e isto lhe garante outra importante propriedade: sua *plasticidade*. Tal propriedade decorre das modificações que se processam no plano das ramificações finais e nas sinápses, promovendo modificações radicais no modo de operar de grandes redes neuronais.

A plasticidade do sistema nervoso se explica porque os neurônios não estão conectados como se fossem fios com suas respectivas tomadas. Os pontos de interação entre as células constituem delicados equilíbrios dinâmicos, modulados por um sem número de elementos que desencadeiam mudanças estruturais locais. Estas são o resultado da atividade dessas mesmas células, e também de outras, cujos produtos viajam pela corrente sanguínea e banham os neurônios. Tudo isso é parte da dinâmica de interações do organismo em seu meio (MATURANA & VARELA, 2001, p. 188).

Antes de nos aproximarmos mais dos componentes subjetivos do interior deste *interior nervoso*, é importante retomar o corpo a partir dos componentes *efetores* responsáveis pelas respostas: as estruturas ósteo-musculares e os órgãos internos.

Movimento como aceitação física da mudança

Sede das possibilidades de inumeráveis movimentos, as estruturas ósteo-musculares e seus elementos articuladores são as principais responsáveis pela percepção que podemos ter de que o corpo vive. Se há vida há movimento.

Enquanto está vivo, nenhum corpo humano ou animal jamais está completamente parado. Vemos uma gaivota pousada sobre uma bóia; admiramos sua imobilidade. Um exame mais próximo mostra que o pássaro não está parado; equilibra-se e reequilibra-se continuamente numa interação com o ondular da água [...] Nos seres humanos, não importa quão imóvel um homem possa estar, ele está sempre se ajustando às suas necessidades respiratórias, circulatórias, perceptivas (ROLF, 1990, pp.136-7).

Como nos ensina Ida P. ROLF (1990), “o movimento é a aceitação física da mudança”. Através do movimento sente-se a força motriz da mudança. Até mesmo quando o movimento não chega a ser percebido, como a respiração, o sentir inconsciente, a emoção evocada da aceitação física da mudança, constitui uma experiência fundamental e prazerosa, a de estar vivo. Se o movimento evoca dor e sofrimento, constitui outra experiência fundamental, a de risco de perder a vida, o que provocará outras necessidades de mudanças, de movimentos, ou até de contenção de movimentos. Será a partir das necessidades corporais de coordenações de movimentos em seu processo de *autopoiese* que se estrutura o corpo enquanto estrutura física e como postura física.

Além dos músculos, ossos, articulações, tendões e ligamentos, é, de fundamental importância a estruturação dos tecidos conectivos, especialmente o fascial. Este trata-se de ampla variedade de invólucros e bainhas de sustentação de músculos, ossos, articulações, bem como de vísceras, que a princípio têm por função a proteção destas estruturas, mas podem tornar-se estruturas restritivas de partes ou do corpo como um todo. Diferentemente dos músculos, que são estruturas altamente contráteis, e prontos para reagir, tais invólucros, apesar de elásticos, não são tão responsáveis e contráteis assim. Como um todo, tais invólucros ,

fazem parte de um tecido ubíquo que sustenta, envolve, une e separa todas as unidades funcionais do corpo. Finalmente, estas camadas fortes, elásticas também formam um envoltório superficial que serve de recipiente e suporte restritivo para todo o corpo – esse envoltório é a chamada fáscia superficial, que fica logo abaixo da pele. [...] O tônus desse tecido é um fator básico no bem-estar. Ele pode ser modificado de vários modos: os danos provocados por um acidente, ou por uma intervenção cirúrgica geralmente são significativos, pois o tecido fascial tende a se tornar mais denso e mais

curto quando se recupera, como podemos verificar nas cicatrizes novas e antigas (ROLF, 1990, pp. 24-25).

A estrutura muscular do corpo, integrada às estruturas óssea, articular, ligamentar e conectiva, garante tanto um tônus como um trofismo ao corpo. Tanto um como o outro, podem variar nas diferentes partes do corpo. O *tônus* muscular é determinado pela elasticidade passiva ou turgor das fibras musculares, bem como pela frequência de contração e extensão das mesmas, em resposta às reações do sistema nervoso aos estímulos. Trata-se do grau de tensão muscular que permanece mesmo quando o músculo encontra-se em repouso. O *trofismo* muscular é determinado pelo estado nutricional e pelo grau de atividade a que o músculo está submetido, o que poderá produzir hipertrofia de sua fibras, caso a atividade seja intensa e vigorosa ou, até produzir atrofia, no caso da inatividade muscular. Os diferentes músculos do corpo apresentam diferentes durações de contração de suas fibras, o que os diferencia em músculos lentos e rápidos. A duração de contração varia com a função de cada músculo: enquanto a contração dos músculos oculares dura 1/100 segundos, para garantir a fixação do olhar sobre um objeto, o músculo da coxa leva 1/30 segundos para se contrair e fornecer velocidade suficiente para correr ou pular (GUYTON, 1991, p. 67). Contrações muito fortes e prolongadas podem extenuar as fibras nervosas, incapacitando-as, temporariamente, em seus processos contrátil e metabólico para continuar mantendo seu trabalho, ou seja, produzem fadiga muscular.

A percepção consciente do corpo e de suas partes, da atividade muscular e do movimento das articulações, assim como a regulação reflexa e coordenada, (não conscientes), da atividade motora partem de impulsos nervosos, chamados de próprioceptivos. A percepção de si próprio, a própricepção, se dá de forma inconsciente e consciente. Origina-se, respectivamente, em estruturas complexas de fibras nervosas que se entrelaçam com fibras musculares formando fusos neuromusculares imersos nos músculos e tendões, e terminações nervosas complexas, não capsuladas, situadas em tendões, ligamentos, e cápsulas articulares. Tais impulsos aí originados, percorrem todo um trato de vias aferentes, que passam por nervos espinhais, trajetos medulares, donde podem encontrar vias eferentes mais imediatas, responsáveis por reflexos medulares.

Podem, também, atravessar o tronco cerebral e caminharem em direção do cerebelo, estrutura do sistema nervoso responsável por boa parte das funções de coordenação e equilíbrio motores. Como ainda, podem, passando pelo tronco cerebral, atingir estruturas intermediárias que se conectarão com fibras que chegarão até o córtex somestésico (área do córtex cerebral responsável pela sensibilidade consciente que identifica estímulos de propriocepção, de dor, de temperatura, de tato e pressão da metade oposta do corpo). E a partir daí, estabelecerem conexões com o córtex motor somático, de onde partem fibras que conduzirão impulsos nervosos, que percorrerão vias eferas somáticas diretas ou através de vias com inúmeras “estações” ou “relês”, que produzirão, respectivamente, respostas motoras voluntárias e automáticas complexas tais como: a regulação do tônus e da postura.

Ou seja, propriocepção, tônus, trofismo, velocidade e fadiga musculares produzem ao todo, juntamente com as tensões e distensões das fáscias e com o grau de mobilidade das articulações, uma estrutura física motora, que pode ser integrada ou desintegrada, geradora de equilíbrios ou desequilíbrios: motrizes, de expressão e de postura corporal. Estas possibilidades relacionam-se diretamente, seja engendrando ou sendo engendrada, às emoções, sentimentos e possibilidades objetivas e subjetivas de relações com o mundo. Mais uma vez a *subjetividade* se faz presente na fisiologia: seja no grau de trofismo e nutrição destes tecidos, seja no tônus e na tensão, no grau de uso e desuso dos mesmos, na forma do uso ou do desuso, no cuidado, nas cicatrizes, na dor e na satisfação.

Incorporação de elementos: renovar a substância

A assimilação de nutrientes, assim como as trocas gasosas são processos recorrentes de ampla dimensão subjetiva, que se expressam não só na estrutura corporal que requer determinados nutrientes e determinado esforço respiratório, como também através da forma como se manifesta o apetite, sua intensidade, o desejo por tal ou qual alimento. As possibilidades de acesso e de desperdício dos mesmos, possibilidades de preparo, etc.

A renovação da substância se faz através da troca de íons, metabólitos dos mais diversos nutrientes, mecanismos complexos de incorporação em nível celular com repercussão sobre a dinâmica de reposição dos tecidos, órgãos, etc. Tais sistemas de incorporação relacionam-se intimamente com o equilíbrio homeostático do organismo, aquisição e consumo de energia, atividade física assim como com o funcionamento apropriado dos demais sistemas que compõem o corpo: sistema endócrino, sistema cardio-vascular, sistema nervoso autônomo, sistema imunológico

Excreção de dejetos: a morte nossa de cada dia

Os dejetos produzidos no cotidiano de nossas vidas (fezes, urina, sêmem, secreções sebáceas, sudoríparas, ceruminosas, menstruais, mucosas) implicam em processos altamente dinâmicos, que se relacionam intimamente com todo o processo *autopoiético* do organismo e seu acoplamento estrutural com o meio. Tratam-se de processos com forte componente subjetivo, desde o processo de maturação neurológica para o controle consciente de alguns deles (controle das eliminações fecal e urinária), da eliminação com forte componente voluntário de outros (por exemplo, o sêmem), assim como o impacto nas relações das várias secreções. Quase todas relacionam-se com o que não é mais aceito pelo organismo, o que (com exceção ao sêmem) significam a expulsão de nossa morte quotidiana.

O Reproduzir-se e a sensualidade recorrente

A reprodução talvez seja a propriedade mais vibrátil do organismo. Intimamente relacionada ao prazer e desejo sexual é por este motivo uma das propriedades mais protegidas do ponto de vista cultural. É, também, geradora de uma das forças afetivas mais importantes da convivência intersubjetiva, e social, não só na espécie humana como em quase todas as espécies animais sociais: a *sensualidade*.

Sensualidade entendida aqui como gratificação pelo sentir o outro em seu desejo libidinal de viver e poder reproduzir-se, desejo que também é seu, recorre em cada aproximação com o outro. Nos insetos sociais mecanismos químicos de processamento afetivo e sensual podem ser observados. Nestes grupos

estabelece-se um fluxo contínuo de secreções entre os membros de uma colônia: eles trocam conteúdos gástricos cada vez que se encontram, como se podem constatar observando qualquer fila de formigas na cozinha. Desse contínuo intercâmbio químico – chamado **trofolaxe** –, resulta a distribuição, por toda a população, de uma certa quantidade de substância, entre eles os hormônios responsáveis pela diferenciação e especificação de papéis. Assim, a rainha só é rainha na medida em que é alimentada de um certo modo, e não por hereditariedade. Basta retirá-la de seu lugar, para que, de imediato, o desequilíbrio hormonal produzido por sua ausência resulte na alimentação diferencial de algumas larvas, que se desenvolverão como rainhas. (MATURANA & VARELA, 2001, 207)

Entre nós humanos este processo é muito mais complexo. É mais fácil recorrer aos mecanismos fisiológicos dos insetos... Mas esta força está no gestual, na movimentação dos corpos, nos olhares e interdições que socialmente nos impomos, impregna quase todas nossas manifestações subjetivas. Manifesta-se quase sempre de forma inconsciente, porém é controlada conscientemente. Está em nossa autoestima, em nosso narcisismo, em nosso potencial de vida.

Sistema imune como rede cognitiva

Para Francisco Varela, o sistema imunológico assemelha-se muito ao sistema nervoso, salientando que tanto um como o outro se auto-regulam, e controlam as reações do corpo em relação ao ambiente. A interação entre ambos é inquestionável, o que fornece uma fundamentação fisiológica para sustentar a hipótese da influência das emoções sobre a capacidade imunológica das pessoas. O estudo desta sintonia responsiva entre o sistema imunológico e o sistema nervoso é chamado psiconeuroimunologia.

Como o sistema nervoso, o sistema imunológico constitui-se de órgãos, células, líquidos e mediadores químicos dispersos por todo corpo, concentrando verdadeiras “bases” de defesa, que podem ser identificadas logo nas portas de entrada do corpo. Um exemplo é a garganta, ou a fauce, bem como a porção mais baixa da faringe, a hipofaringe, conectora de duas portas de entrada importantes, a das vias respiratória e a da via digestiva. Elas concentram massas de tecido linfóide altamente reativas: as tonsilas palatinas e as adenoideanas, que constituem um verdadeiro anel de defesa nesta região. Quem já não experimentou sua reação num estado gripal, por exemplo?

Percorrendo-se a pele, assim como todo os tratos respiratório e digestivo e os órgãos genitais, pode-se identificar processos de mecanismos de defesa altamente sofisticados já em suas superfícies, que conectam o sistema imune a funções primárias destes tecidos de revestimento, que são mediadores do corpo e o mundo externo. São elas: a resistência estrutural da pele através de suas camadas de células e sua produção de suor e gorduras que tendem a impedir a invasão do corpo por microrganismos e agentes tóxicos diversos; a produção de grandes quantidades de muco e o movimento ciliar das células de revestimento tanto do trato respiratório como digestivo, tendendo expulsar agentes invasores; a ação química pelo suco gástrico e enzimas digestivas de organismos deglutidos; o muco produzido na uretra, a produção muco-sebácea dos genitais masculinos e a produção de muco vaginal, etc.

Caso estes agentes agressivos ultrapassem estas barreiras primárias, todo um sistema de células dotadas de capacidade de defesa imunológica entra em ação imediatamente, seja através da mobilização destas células já à espera no interstício dos tecidos, seja através do desencadeamento de reações protéicas complexas que ocorrem em cadeia, ou, ainda através da participação de outras células presentes na corrente sangüínea, os leucócitos. Estes tratam-se de unidades móveis de todo o sistema imune, que se deslocam pela corrente sangüínea em direção à área invadida, permitindo assim uma defesa mais rápida e mais potente.

Cada órgão do corpo recebe com freqüência a reposição destas células produzidas na medula óssea, que são distribuídas através da corrente sangüínea, alocando-se, parte delas, no interstício dos diversos tecidos (inclusive das paredes dos

vasos sangüíneos e linfáticos), aderindo-se em suas malhas e adquirindo capacidade de ingestão de agentes agressivos (fagocitose), quando passam a chamá-los de macrófagos. Estes macrófagos são importantes células de defesa de primeira linha. A partir de sua capacidade de digerir e destruir agentes considerados estranhos ao organismo, novos mecanismos de defesa poderão ser acionados na medida em que a resposta adequada deva mobilizar, ou não, outras células e outros órgãos do sistema imune.

Resíduos do material destruído podem alcançar a linfa (líquido intersticial que circula entre as células dos órgãos e vasos delicados chamados vasos linfáticos, que constituem uma rede de drenagem fundamental para a depuração dos tecidos) ou o líquido intersticial de órgãos isentos de canais linfáticos (tais como o sistema nervoso central (SNC), camadas muito superficiais da pele, ossos e camadas de fibras musculares) e atingirem através de bombeamentos produzidos por um sistema de válvulas dos capilares linfáticos a circulação sangüínea, passando antes por gânglios linfáticos ou pelo líquido cérebro-espinhal, no caso do SNC. A tendência da resposta inflamatória é confinar o processo reativo a uma região e, aí, os gânglios linfáticos, que poderão tornarem-se sedes de novas reações. Caso um organismo estranho, ou uma toxina ou, ainda, qualquer dejetos estranho ao organismo produzidos nestas linhas iniciais de defesa, atinjam a corrente sangüínea, outros órgãos poderão ser acionados como sedes de novas reações. É o caso de órgãos de mais retaguarda, como o baço, o fígado e a própria medula óssea. Nestes órgãos, a concentração de macrófagos é considerável, inclusive para eliminar parasitas maiores, células plaquetárias e eritrocitárias anormais.

Para auxiliar nestas defesas, muitas outras células são produzidas a partir de células pluripotentes da medula óssea e vários tipos de células são produzidas e lançadas na circulação sangüínea, para que possam participar de processos inflamatórios. São elas: neutrófilos, eosinófilos, basófilos e linfócitos. Os neutrófilos serão mobilizados principalmente para auxiliar a recuperação de vasos capilares danificados e atuarem como fagócitos auxiliares em processos provocados por bactérias ou resíduos destas, sendo destruídos à medida em que tentam destruir estes agentes, compondo, juntamente com os macrófagos também destruídos, um material necrótico, ao qual

damos o nome de pus. Os eosinófilos são atraídos para participar de várias ações do processo inflamatório tais como destoxificar proteínas estranhas que tenham penetrado (ou tenham sido produzidas por parasitas), em tecidos como a pele, pulmões e intestino, dissolver coágulos, etc. Os basófilos produzirão ações auxiliares no sentido de impedir microcoagulação sangüínea que impeça a o fluxo de sangue e células de defesa para as áreas acometidas.

Já os linfócitos são as principais células do sistema imune. Constituem linhagem de células oriundas de células primitivas da medula óssea e do fígado fetal, que sofrem uma diferenciação em áreas de processamento que as diferenciarão em duas sub-linhagens principais: os linfócitos T, que se diferenciaram no timo (órgão imunológico extremamente desde o período de vida intra-uterina da criança até alguns meses após); e os linfócitos B, que seriam pré-processados durante a vida intra-uterina na própria medula óssea (*bone marrow*). Apenas os linfócitos T e B têm capacidades de reconhecimento específico de antígenos no sistema imune. Os linfócitos T migram do timo para o baço, gânglios linfáticos e uma outra sublinhagem de linfócitos é chamada de NK (*natural killer*), que origina-se tanto da medula óssea como do timo e são mediadores de citotoxicidade antígeno não específica. Seu papel é muito importante na proteção contra infecções virais, na vigilância anti -tumores, e na imunoregulação.

Entretanto, apesar de ser um sistema altamente sofisticado de defesa, sua ação não pode ser reduzida a mecanismos de escape do tipo ataque e defesa . Sua ação integra uma dimensão cognitiva mais complexa, que se identifica ao processo autopoietico do organismo como um todo. Segundo, VARELA (1997), o sistema imunológico é capaz de produzir “anticorpos” para a maioria dos agentes externos. Hoje já se sabe que este mesmo sistema é capaz de produzir ‘anticorpos específicos para cada perfil molecular do próprio corpo (membrana celular, proteína muscular, hormônios, lipídios circulantes, etc.).

Em vez de um horror autotoxicus, existe uma tendência “conhece a ti mesmo” entre o sistema imunológico e o corpo. Através dessa interdependência distribuída, um equilíbrio global é criado, de modo que as moléculas de minha pele estão em comunicação com as células do meu fígado, porque elas são mutuamente afetadas

por esta rede circulatória do sistema imunológico. A partir da perspectiva da imunologia de rede, o sistema imunológico nada mais é do que um facilitador da constante comunicação entre cada célula do corpo, assim como os neurônios ligam pontos distantes do sistema nervoso. [...] A distinção entre linfócitos em repouso e os linfócitos ativos é importante para a distinção mais ampla entre o sistema imunológico voltado para o exterior, que lida com as defesas, e o sistema imunológico voltado para o interior, que se ocupa da identidade molecular, ou a afirmação do eu do corpo (VARELA, 1999, p. 67-8).

Subjetividade e fisiologia

Somos, enfim, substância excitável, de fora para dentro, de dentro para fora, partículas vibráteis, tempo infinito, fractal.

Mas, seria mesmo uma presença da *subjetividade* na *fisiologia*, ou seria uma fisiologia pouco conhecida que produziria algo que ainda não podemos demonstrar e que chamamos de subjetividade? Seria a subjetividade uma produção exclusiva do sujeito individual, ou estaria esta subordinada à subjetividade do coletivo, donde está inserido este sujeito? Creio que aqui, faz-se necessário consensuarmos o que estamos chamando de *subjetividade*. Quando aqui nos referimos à subjetividade estamos nos referindo a um conjunto de dimensões do corpo vibrátil, onde a dimensão *sujeito* de seu processo de *autopoiese*, de *auto-constituição*, e de *autonomia* como ser desejante, político, ético, se reconhece como igual e, ao mesmo tempo, diferente de todos os objetos que lhe aparecem para ser reconhecidos. No entanto, esta construção como sujeito se dá através de suas relações com o mundo. Assim, o *sujeito* não só se reconhece igual e diferente em relação aos objetos e demais sujeitos deste mundo, como é capaz de agir sobre eles, de criar e descobrir significações, instituir sentidos, elaborar conceitos, idéias, juízos e teorias. Tal dimensão, portanto, subsume todas as outras dimensões que podemos atribuir ao corpo vibrátil, ou seja, a todos seus outros *atributos*.

Dentre estes atributos destacam-se sua dimensão biológica (como corpo máquina fisiológica), sua dimensão psicológica (como eu ou ego), sua dimensão ética (como

pessoa humana) e, até mesmo, a sua dimensão política (como cidadão, agente em práxis). Na dimensão sujeito, ou melhor, nos campos da *subjetividade*, corpo e mundo externo são co-extensões de uma mesma existência. O limite da pele, ao mesmo tempo, que perde relevância na contingência do tempo, assume total relevância como expressão concreta das vicissitudes da determinação biológica e da constituição subjetiva da existência.

A consciência dessas diferentes dimensões do que aqui chamamos corpo vibrátil será vivida de forma singular por cada um de nós, com qualidades e intensidades muito próprias da vivência concreta de cada um. Assim, quando nos referimos à subjetividade, estamos nos referindo ao conjunto das vivências de cada uma destas dimensões, vividas em qualidade e intensidade singulares do viver de cada um, no mundo. Tais dimensões, acolhidas em seu todo como subjetividade, ora se entrelaçam, ora se afastam, porém mantêm sempre entre si uma identidade: a existência concreta do viver singular de um corpo em relação aos outros que com ele convivem. Ou seja, embora tais dimensões ocorram em processos vivenciais diferentes, encontram na totalidade do viver, em suas relações com outros viveres e com o mundo, a sua convergência.

Para compreendermos melhor estes processos de tomada de consciência do que aqui estamos chamando de dimensões subjetivas da existência faz-se necessário recorrermos à construção hipotética de um exemplo. Imagine uma situação hipotética, mas que poderia ser real, em que duas mulheres de mesma idade, porém de origem diferentes passam a conviver juntas. Para, dar uma aparência de realidade à hipótese, tentemos caracterizar um pouco mais estas personagens. Maria e Joana têm 34 anos. Maria contratou Joana como sua empregada doméstica há 4 anos. Desta relação de trabalho, aos poucos foi se gestando uma relação afetiva mais intensa. As duas criaram entre elas uma significativa amizade, onde o respeito mútuo, a aceitação de uma pela outra, bem como um bom grau de confiança, permitem-lhes trocar confidências, até mesmo em relação a questões muito íntimas, tais como suas respectivas sexualidades. Joana é migrante. Veio do Nordeste para cá há 15 anos. É mãe solteira e vive com o filho na casa da irmã, que é casada e que também tem filhos. Maria, como Joana, veio de longe. É imigrante, veio da Itália há 9 anos. Aqui casou-se, descasou-se e agora vive

com os dois filhos num apartamento de classe média e trabalha como professora de Psicologia Social em uma Universidade. Nestes 4 anos, Joana tem experimentado uma relação de troca afetiva intensa com sua patroa. Tal experiência tem permitido a expressão de seus desejos, tem ampliado seus recursos internos para superar as situações adversas do cotidiano e possibilitando conquistas importantes em sua vida, tais como: comprar uma casa para poder viver só com seu filho, tornar-se motorista e comprar um carro, voltar a estudar, pois não completou o curso fundamental, viver nova experiência amorosa e projetar um novo casamento. Sem dúvida, Maria tem sido importante no processo de Joana. No entanto, tem também se beneficiado muito deste processo afetivo. Talvez o principal benefício seja a certeza da amizade, do cuidado prestado a ela e a seus filhos, da cumplicidade e das pequenas alegrias que vem se acumulando na medida em que superam juntas etapas de seus processos singulares de existências. No entanto, muitos incômodos e conflitos são vividos, que revelam vidas subjetivas que se encontram, afetam-se, participam intimamente de suas *autopoieses* e, ao mesmo tempo, encontram barreiras subjetivas de ordem não singular que se incorporam na singularidade de cada uma delas. Falo aqui das barreiras subjetivas produzidas no coletivo do tempo em que estão vivendo e do tempo que as produziu, tais como: histórias anteriores de vida em espaços sociais diferentes, embora produzidos no mesmo tempo do modo de produção capitalista (Quixeramobim do Ceará e Gênova da Itália, das três últimas décadas do mundo ocidental capitalista); expectativas de comportamento e conduta acopladas a posição social (patroa e empregada) e, acopladas ao processo de emancipação social da mulher na transição século XX e século XXI (que poderá ser vivido de forma mais intensa por uma ou por outra, dependendo dos processos vividos anteriormente à relação entre as duas, tais como crenças, tabus, preconceitos, etc.); desejos de ordem material, sexual e espiritual, que podem divergir (mesmo podendo estar capturados ao mesmo processo de produção de desejos no mundo capitalista); projetos de futuro produzidos segundo realidades próximas e, ao mesmo tempo, distanciadas (no que se refere a os filhos, família, companheiros, amizades, etc). A fisiologia singular destas mulheres, de mesma idade e mesmo sexo, guarda similitudes qualitativas em seus componentes (estruturas, funções, órgãos, neurotransmissores, tipos de hormônios, etc.), porém aponta diferenças a partir de suas

histórias, hábitos, desgastes, movimentos, cuidados, etc., que produzirão vidas diferenciadas na singularidade, porém similares no genérico da existência corporal, biológica e feminina.

Em suma, quando falamos de *corpo vibrátil* estamos falando deste corpo ao mesmo tempo biológico, orgânico, fisiológico, que vibra subjetividade, que por sua vez produz *agenciamentos* subjetivos intra-psíquicos e até mesmo biológicos e fisiológicos, assim como agenciamentos subjetivos externos, nas relações afetivas com os outros, na incorporação, consciente ou não, das *dimensões subjetivas* como ego, pessoa, cidadão e sujeito de sua vida. Desta forma, quando nos referimos à subjetividade, também estamos nos referindo ao processo de produção coletiva da mesma, aos seus *territórios*, às suas *desterritorializações* e *reterritorializações*.

Félix GUATTARI e Suely ROLNIK (1986) preferem, ao invés de sujeito e da produção coletiva de subjetividade no indivíduo, a noção de *agenciamento coletivo de enunciação*. Entendendo agenciamento como processo de ajustamento, de organização e de disposição de componentes heterogêneos tanto de ordem biológica (o corpo, sua estrutura, sua fisiologia, sua patologia) como de ordem social, maquínica, gnosiológica, imaginária, na produção de enunciados. E, por enunciação, entende-se a resultante de vários processos (agenciamentos), construções de sentidos, de significados a serviço da comunicação entre os sujeitos. Construções estas, sempre vinculados à delimitação de uma posição no mundo, de um território. Para estes autores, estes processos não partem de um centro interno ou externo ao sujeito. Escrevem:

Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagens, de valor, de modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.) (GUATTARI, & ROLNIK, 1986, p. 31).

Enfim, trata-se do viver e do vivido de forma singular por cada um, assim como as percepções que se tem deste processo. Ao viver, delimita-se um *território* de existência, que se processa no tempo-espaço através de fluxos de territorializações, desterritorializações e reterritorializações aparentemente singulares, porém totalmente atrelados aos fluxos coletivos de produção de subjetividade. Daí, poderão surgir, ou não, outros fluxos a partir de linhas de fuga engendradas em *vivências* singulares, *autopoieses* singulares, *relações afetivas* singulares estabelecidas em novos territórios, que na aparência de guetos alternativos poderão tornar-se movimentos de contrafluxo ou produzirem novas modulações do mesmo fluxo capturado de produção subjetiva dominante.

Mas o que é o viver, senão o vibrar de um desejo de perseverar na existência diante de um desejo concreto de consumir a existência. Seja na singularidade de cada sujeito, como nas possibilidades da vida coletiva (família, grupo, comunidade, nação, movimento social) o processo subjetivo se constitui no vibrar de um *viver-morrer*, onde estas duas forças não podem ser separadas; são apenas aspectos diferentes da realidade espaço-tempo da substância vida. O viver humano, ou melhor, o viver-morrer humano, só é possível através das relações afetivas inter-humanas, de espaços de relação, de apelos à comunicação, de comunicações concretas, de palavras, gestos, expressões, de ações concretas, de afetividade, inclusão, de convivência. Só é possível constituir-se a partir de dois e se enriquece, quando amplia o espaço relacional para outros. Ou seja, a vida objetiva, o biológico, só se constitui a partir da subjetividade. O cordão umbilical é um dos primeiros canais afetivos entre dois seres humanos e o útero a primeira experiência de território e de espaço. Das leituras de quem está gerando e de quem, posteriormente, assume a maternagem e consegue agir, nutrir a vida, através de nutrientes constitutivos da matéria, e de nutrientes afetivos que comunicam segurança, contato e apaziguamento de emoções, é que se produzem mais e mais experiências subjetivas. Puro ato de comunicação. Resposta aos apelos de comunicação inter-humana. Resposta aos desejos e necessidades.

Necessidades e Desejos: Maria Rita e os três filhos

O desejo é trepidação de abertura.
(SANTOS, Laymert G., 1990, p.220)

1 de setembro de 1998.

Fico surpreso ao ver Maria Rita sem os filhos, aguardando na sala de espera. Devem estar brincando no jardim. Estou trabalhando neste Centro de Saúde há 2 anos e pelo menos uma vez por semana a encontro na sala de espera me aguardando para que eu atenda um de seus filhos, ou até mesmo os três de uma só vez. Vivem sofrendo com problemas respiratórios. Algumas vezes com diarreia, até já eliminaram vermes. São eles: Márcio de 4 anos, Marcos de 2 anos e meio e Marinho que acabou de completar 1 ano. Maria Rita tem 19 anos. Mário, o pai tem 26 anos, é mecânico, o único da casa que trabalha. Além dos 5, vivem no mesmo barraco, à beira do rio que corta a região, mais um adulto: Élcio, de 18 anos, irmão de Mário.

Minha surpresa aumenta à medida em que vou chamando os pacientes e não me chega nenhum prontuário com o nome de um dos filhos de Maria Rita. Estaria ela coma algum problema, aguardando outro médico? Após duas horas de atendimento, quando as crianças já foram todas atendidas, dirijo-me à Maria Rita e lhe pergunto o que está a aguardar. Responde que está aguardando o psiquiatra, que já ligou dizendo que vai chegar atrasado. Volto para meu consultório, intrigado com sua necessidade. Pensava eu, até então, que a única necessidade de Maria Rita devia ser eu, o pediatra. Ingenuidade. Me veio à mente, ela carregando o Marinho e arrastando os outros dois pelo corredor e pelo consultório. Veio também o seu olhar sempre angustiado diante as doenças dos filhos e sua necessidade em contornar, não só as estrepolias dos meninos no consultório, como até mesmo as minhas irritações com as crianças e as orientações para melhorar a alimentação, o ambiente, a poeira e o frio. Daqui a pouco a vejo entrando com o psiquiatra no consultório de frente ao meu.

Cerca de duas semanas depois, Maria Rita traz Marinho e Marcos para consulta. Estão novamente com muita tosse. Marcos está com broncoespasmo. Necessitam inalações. Antes de encaminhá-los para a sala de inalações, não me contenho de minha curiosidade em saber o porque do psiquiatra e lhe pergunto. Maria Rita não hesita em responder. Diz que não tem agüentado mais a sobrecarga de trabalho e o marido que passou a beber, mas o que mais a preocupa são seus pensamentos ruins. Vinha sistematicamente pensando em envenenar os filhos e suicidar-se em seguida, mas que de fato, nunca havia tentado algo semelhante. Perplexo, só consegui perguntar há quanto tempo vinha sentindo isto e como estava no momento. Disse que há pelo menos 6 meses e, depois que o marido a agredira fisicamente, passara a ter estes pensamentos. Não tivera coragem de me pedir ajuda, pois ficara com medo de meus julgamentos. Felizmente, a auxiliar de enfermagem da sala de vacinas, um dia percebera sua tristeza e permitiu que ela se abrisse. Foi assim que chegou ao psiquiatra, que a tem medicado com antidepressivos e oferecido apoio psicoterapêutico.

Minha perplexidade gerou em mim uma preocupação, que até então não me ocorria, a de que o sutil poderia estar no óbvio. A de que emoções de raiva e incômodos com pacientes que nos demandam tanto e não aparentam tomar jeito ou de fato assumirem a responsabilidade por seus problemas, podem muitas vezes, estarem fazendo um outro pedido. Um pedido oculto, sufocado por fantasias, falsos juízos e preconceitos. Exatamente o que tento há anos trabalhar com meus alunos, me ocorria de forma tão contundente. Sofri com o risco. Senti-me feliz e aliviado por ela ter encontrado um caminho ali dentro, o que certamente a protegeu e vem lhe possibilitando uma saída. Senti que estava satisfeita com seu atendimento e que já conseguia elaborar seus sentimentos e buscar saídas para sua vida.

A constituição da subjetividade

Nós humanos, enquanto seres vivos existimos como animais, ou seja, como Homo sapiens sapiens, no domínio da nossa corporalidade molecular, e vivemos como tais no fluir de nossos processos fisiológicos. Ao mesmo tempo, por pertencer à classe de animais que somos, isto é, seres humanos, existimos no domínio de nossas interações e relações como tais, o qual um observador vê como o domínio de nossa conduta humana. Esses dois domínios de existência são disjuntos, não se intersectam, e, portanto, os fenômenos e processos de um deles não pertencem ao outro. Existe entretanto uma relação gerativa entre eles, [...], segundo a qual o domínio da conduta surge como resultado da dinâmica fisiológica que dá origem ao organismo como totalidade, e a dinâmica condutual, como processo que ocorre nas interações do organismo, modula a fisiologia que lhe dá origem.

(MATURANA, Humberto R., 1999, pp. 108-9)

Quando falamos de *subjetividade*, ou melhor, de experiências subjetivas singulares, ressalta-se sempre o domínio *psíquico* que a constitui, pois trata-se do elo fundamental entre o corpo vivo, vibrátil e o mundo externo também vibrátil, território do objetivo e do subjetivo concretos (o nutriente objetivo, que só aparece através de toda leitura afetivada e, portanto, concretamente subjetiva, de que a vida necessita perseverar, através de um seio materno, ou de uma mamadeira maternal). O que estamos chamando de psíquico? O *psíquico*, como elo entre corpo vibrátil e mundo vibrátil, é um complexo de fenômenos afetivos, comunicativos e produtores de ações que delimitam espaços e possibilitam outros domínios da subjetividade, tal como o político, o ético e o do sujeito do conhecimento. A vivência psíquica parte, essencialmente, da concretude anátomo-fisiológica de um corpo dotado de estrutura receptora, integradora e criadora de sentimentos, informações e saberes e, que é, ao mesmo tempo, estimuladora e reguladora de respostas, ou seja, de um sistema nervoso efetivo, dotado de clausura operacional e plasticidade.

Tais fenômenos afetivos podem ser melhor compreendidos se tentarmos agrupá-los em esferas de processos complexos que se intersectam e se constituem uma a partir da outra, agenciando modos de expressão, formas de afetar e deixar-se afetar pelo mundo, atos de comunicação, de subjetividade. Esta tentativa de sistematização submete-se a um esforço de síntese e aproximação de tudo o que pude identificar como propriedades, elementos fundamentais e fenômenos constituintes da subjetividade singular a partir de produções teóricas de vários pensadores: filósofos e pesquisadores da psicologia, da neurociência e da biologia do conhecimento.

A esfera Conatus: necessidades, instintos e pulsões

A primeira das esferas que delinearemos é a esfera dos processos e fenômenos instintivos e pulsionais. Entendendo instintivo como relativo a forças geradoras de comportamentos fixados, do ponto de vista filogenético (ou seja, aparecendo de forma muito similar em todos os indivíduos de uma mesma espécie), geradas de modo inconsciente, porém sempre com uma finalidade precisa e, independente de qualquer aprendizado. Etende-se por pulsional, aqui, como relativo à pulsão no sentido freudiano:

processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo, [...] tendo sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é o objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir a sua meta (LAPLANCHE, J., 1998, p. 394).

Para Freud, a distinção entre os termos *instinto* (*Instinkt*) e *pulsão* (*Trieb*) se faz necessária para demarcar bem a ênfase de cada um deles: instinto, enfatizando mais a finalidade precisa, enquanto pulsão enfatiza mais o caráter irreprimível da pressão, mais do que a fixidez da meta. Portanto, poderíamos incluir nesta esfera *fenômenos instintivos* e ligados à sobrevivência, tais como: a respiração como urgência de troca de gases, a sucção e a fome como urgência de alimentos, as necessidades excretórias, a necessidade de segurança (no sentido winicottiano de *holding*), a necessidade de sono; a necessidade de cuidar (o instintivo da maternidade, por exemplo); a necessidade de

viver em grupo (instinto gregário presente na maioria das espécies animais); a reprodução (instinto sexual), etc.

Como *fenômenos pulsionais* poderíamos incluir: a libido, enquanto “*substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento de investimentos), quanto à meta (sublimação, por exemplo) e quanto a fonte de excitação sexual (diversidade das zonas erógenas)*” (LAPLANCHE, J., 1998, pp.265-266); a pulsão sexual (diferentemente do instinto sexual, o seu objeto não é pré-determinado biologicamente e suas modalidades de satisfação são muito variáveis); o apetite [*appetitus*] no sentido espinosano como esforço [*conatus*] pelo qual todo ente se esforça, no corpo e na alma, para perseverar na existência, ou seja, como a essência do ser; o desejo [*cupiditas*] também no sentido espinosano, como apetite de que temos consciência, essencialmente movimento, como “*propulsão de nosso ser entre os seres que nos afetam e são por nós afetados*” [...], “*movimento infinitesimal de autoconservação na existência*”, [...] movimento este, que “*já não é a kinesis, não é um processo, mas um estado do corpo*” (CHAUI, 1990, p. 46), enfim como “*expressão anímica do apetite corpora*”. (CHAUI, 1990, p. 48).

Estas forças, portanto estão, constantemente, em conflito com *pulsões de morte*, processos dinâmicos, cargas energéticas, forças, que fazem o organismo “*tender para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico*” [...] “*Voltadas inicialmente para o interior e tendendo a auto-destrutividade, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma da pulsão de agressão*” (LAPLANCHE, 1998, p. 407). O substrato sob o qual ocorrem as variedades de transformação destas pulsões, é o que chamamos de *desgaste*, força física indelével, totalmente enlaçada à irreversibilidade do tempo e ao determinismo do espaço, entendido aqui como o mundo no qual se está inserido, sobre o corpo.

Em resumo, poderíamos construir uma imagem síntese do que aqui chamamos de esfera *Conatus*, onde se encontra nossa vibração essencial, nosso viver-morrer e suas propriedades, processos e fenômenos instintivos e pulsionais, ligados à sobrevivência, como no diagrama da figura 2.



Figura 2: *Esfera CONATUS: da sobrevivência, das pulsões e dos instintos*

A cada uma destas forças pulsionais e de sobrevivência cola-se uma emoção, que oscila entre as experiências do prazer e de felicidade e as experiências de sofrimento e agonia. Entre elas colocam-se inúmeras experiências emocionais, geradoras de atuações de vida e de morte. Assim começamos a esboçar uma segunda esfera de processos e fenômenos constituintes do psíquico, será chamada de esfera das emoções, sentimentos e paixões. Partamos de algumas concepções sobre *emoção, sentimento e paixões* para que cheguemos aqui ao que queremos conferir como elementos desta esfera.

A esfera Pathos: emoções, sentimentos e paixões

No campo da filosofia, as emoções, os estados afetivos e as paixões sempre foram motivos de preocupação para que se pudesse refletir a respeito da alma e suas manifestações. Na *Retórica das Paixões* de Aristóteles,

As paixões são todos aqueles sentimentos que, causando mudança nas pessoas, fazem variar seus julgamentos, e são seguidos de tristeza e prazer, como a cólera, a piedade, o temor e todas as outras paixões análogas, assim como os seus contrários. (ARISTÓTELES, 2000, p.5)

A partir do século XIX, com o desenvolvimento da psicologia introspectiva e, posteriormente, com o aparecimento do *behaviorismo*, tentando objetivar o estudo do comportamento global do indivíduo, o interesse passa a ser a tentativa de compreender estes eventos como processos fisiológicos e passíveis de classificação. No *Manual de Psicologia* de Jean DELAY e Pierre PICHOT (1967), os chamados estados afetivos poderiam ser categorizados, a partir das concepções da psicologia clássica em: emoções, sentimentos e paixões, que são assim definidos:

[...] As **emoções** são estados afetivos, sobrevindos geralmente de modo súbito, sob a forma de crises mais ou menos violentas, porém mais ou menos passageiras. O medo, a cólera e a angústia correspondem a essa definição. [...]

Os **sentimentos** parecem-se com as emoções, por serem estados afetivos complexos, diferindo delas por serem estáveis, duradouros e menos intensos. A simpatia, o amor, o ressentimento, a inveja, a vergonha são sentimentos que podemos classificar, aliás, de sentimentos individualizados, que nascem em nossas relações com outrem, sentimentos sociais, ligados aos diferentes grupos de que fazemos parte, sentimentos ideais ligados ao sistema de valores (tais como sentimentos estéticos e religiosos. [...])

A **paixão** se distingue, ao mesmo tempo, da emoção e do sentimento. Da primeira ela apresenta a intensidade: ela transforma o mundo tal como nos parece, ela nos 'cega' para a realidade. Do segundo ela compartilha a duração relativamente longa (DELAY & PICHOT, 1973, pp. 99-100).

Humberto MATURANA (1998), partindo de um ponto de vista essencialmente biológico, muito embora totalmente inovador, traça uma concepção de emoção, que será chave em seu modelo teórico. Para ele as “*emoções são disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos*”. (MATURANA, 1998, p. 15) Portanto, trata-se de um fenômeno próprio do reino animal. É como nos escreve Maturana, através de um exemplo: emoções...

Todos os animais as temos. Se à noite, em suas casas, ao acender a luz, vocês virem no meio da sala uma barata que caminha lentamente e gritarem: ‘- Uma barata!’, ela começa a correr de um lado para outro. Se vocês pararem para observar o que acontece, poderão se dar conta de que o que a barata pode fazer num ou noutro caso é completamente diferente. A barata que caminha vagorosamente no meio da sala pode parar para comer, mas a que corre de um lado para o outro não pode fazê-lo. O mesmo acontece conosco, não somente com as ações mas também com a razão (MATURANA, 1998, p.16).

Por ações, o autor considera tudo o que é feito por um animal em qualquer domínio operacional, seja ele: fugir, enfrentar, agredir, correr, andar, parar, falar, gritar, pensar, explicar, etc. Todos estes domínios operacionais são fenômenos resultantes de *emoções*, de disposições corporais que os especificam num ou noutro sentido quando tomados do ponto de vista relacional, porém são da mesma ordem fenomenológica, quando tomados a partir da dinâmica interna do organismo biológico e seu sistema nervoso.

Também para o neurologista António R. DAMÁSIO (2000b), um núcleo biológico fundamenta os fenômenos e processos emocionais. Núcleo este que pode ser descrito da seguinte forma:

1. Emoções são conjuntos complexos de reações químicas e neurais, formando um padrão; todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, levando de um modo ou de outro, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo em que o fenômeno se manifesta; as emoções estão ligadas à vida de um organismo, ao seu corpo, para ser exato, e seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida.

2. Mesmo sendo verdade que o aprendizado e a cultura alteram a expressão das emoções e lhes conferem novos significados, as emoções são processos determinados biologicamente, e dependem de mecanismos cerebrais estabelecidos de modo inato, assentados em uma longa história evolutiva.
3. Os mecanismos produtores de emoções ocupam um grupo razoavelmente restrito de regiões subcorticais, começando no nível do tronco cerebral e chegando até regiões localizadas em uma região superior do cérebro; os mecanismos são parte de um conjunto de estruturas que regulam e representam estados corporais; [...]
4. Todos os mecanismos podem ser acionados automaticamente, sem uma reflexão consciente; a variação individual, considerável, e o fato de a cultura ter um papel na configuração de alguns indutores não impedem que as emoções tenham uma natureza fundamentalmente estereotipada e automática e uma finalidade reguladora.
5. Todas as emoções usam o corpo como teatro (meio interno, sistemas viscerais, vestibular e músculo-esquelético), mas as emoções também afetam o modo de operação de inúmeros circuitos cerebrais: a variedade de reações emocionais é responsável por mudanças profundas na paisagem do corpo e do cérebro. O conjunto dessas mudanças constitui o substrato para os padrões neurais que, em última instância, se tomam sentimentos de emoção (DAMÁSIO, 2000b, pp.74-5).

Para António DAMÁSIO, temos *sentimentos de fundo* que podem ser perturbados por emoções o tempo todo. Estamos sempre vivenciando emoções que, na maioria das vezes, podem ser decodificadas pelo outro que nos observa, através do que expressamos em nossa postura, na velocidade de nossos movimentos, em nosso comportamento, em nossa pele, em nosso estado de humor. São as chamadas *emoções de fundo*, emoções que revelam ao mundo um estado do corpo, essencialmente o estado vibratório de fundo deste corpo. Pode ser: tensão, irritabilidade, desânimo, entusiasmo, euforia, ansiedade, abatimento, animação, fadiga, apreensão, etc. Segundo este autor,

Os indutores das emoções de fundo são geralmente internos. Os próprios processos de regulação da vida podem causar emoções de fundo, mas estas também podem ter como causa processos contínuos de conflito mental, explícitos ou velados, na medida em que estes processos acarretam a satisfação ou a inibição constante de impulsos e motivações. Por exemplo, emoções de fundo podem ser causadas por um esforço físico prolongado – desde ficar eufórico depois de um *jogging* até ficar deprimido

depois de um esforço físico monótono e sem ritmo -, por uma longa reflexão sobre uma decisão considerada difícil – uma das razões do abatimento do príncipe Hamlet – ou pelo gozo antecipado diante da perspectiva de algo deliciosamente prazeroso que você está esperando (DAMÁSIO, 2000b, p.76).

As alterações do corpo provocadas por uma emoção para que o organismo, de um modo ou de outro, crie condições vantajosas para superar o fator indutor e produzir ao corpo condições mais satisfatórias em relação à conservação da vida, são percebidas à medida em que ocorrem. Esta percepção é a essência do que chamamos de sentimento.

Se uma emoção é o conjunto das alterações no estado do corpo associadas a certas imagens mentais que ativaram um sistema cerebral específico, a essência do sentir de uma emoção é a experiência dessas alterações em justaposição com imagens mentais que iniciaram o ciclo. Em outras palavras, um sentimento depende da justaposição de uma imagem do corpo propriamente dito com uma imagem de alguma outra coisa, tal como a imagem visual de um rosto ou auditiva de uma melodia. O substrato de um sentimento completa-se com as alterações nos processos cognitivos que são induzidos simultaneamente por substâncias neuroquímicas (DAMÁSIO, 2000a, p. 175).

Todas as emoções originam sentimentos, embora nem todos sentimentos provenham de emoções. DAMÁSIO (2000a) chama os primeiros de *sentimentos emocionais*. No entanto, alguns sentimentos originam-se de estados corporais de fundo e não de emoções de fundo. Trata-se de estados corporais muito primitivos e totalmente relacionados a sensação do esforço por existir, ou seja, do *conatus*. São sentimentos que não são nem muito agradáveis, nem muito desagradáveis. São sentimentos que nos acompanham constantemente, mas podem ser suplantados por um sentimento emocional. São os chamados *sentimentos de fundo*. “O sentimento de fundo é a imagem da paisagem do corpo quando essa não se encontra agitada pela emoção.” (DAMÁSIO, 2000a, p. 181)

Todo estado emocional é produzido através de indutores internos ou externos que provocam estímulos neurais variados e estímulos químicos decorrentes. Os indutores são os objetos e eventos do mundo externo ou do mundo interiorizado, que se

assemelham a experiências emocionais anteriores geradas por sua vez por indutores semelhantes, que produziram um certo padrão de estimulação neural e conseqüentemente de estimulação química, ou seja um processo neuro-químico ou neuro-humoral.

Aqui, uns exemplos podem ajudar: estou caminhando em uma mata que por si só está me gerando um sentimento de fundo, de apreensão e de repente ouço um ruído repentino de deslocamento de um provável animal. No mesmo instante, a tendência do corpo é parar para avaliar se devo ou não prosseguir. Sinto os batimentos cardíacos acelerados, a respiração ganhando amplitude, o abdome parecendo esvaziar-se, os músculos, por sua vez, parecem dispostos a assumir um movimento de fuga (Maturana chamaria este estado de disposição corporal dinâmica, geradora de domínios de ação).

Ou ainda, noutro exemplo, acordo com a imagem nítida de um sonho em que passo por alguma situação triste e constrangedora, o sentimento de desânimo provoca em meu corpo a necessidade de um esforço descomunal para que eu possa assumir minhas atividades cotidianas, ou pode gerar um estado de angústia tamanha que me impeça de voltar a dormir. Meu sistema nervoso central é estimulado por várias vias neurais a produzir pensamentos em intensa descarga, que, através de estímulos químicos, podem levar-me até a uma situação de pânico, onde o corpo não controla mais os sentimentos de perigo ou de risco de morte iminente. Dependendo da via neural solicitada, uma ou outra estimulação química, hormonal efetua-se, gerando estados corporais para a ação. Mais uma vez citamos António DAMÁSIO:

Os hormônios e os peptídeos liberados no corpo durante a emoção alcançam o cérebro por intermédio da corrente sangüínea e penetram nele pela chamada barreira sangue-cérebro ou, ainda mais fácil, pelas regiões cerebrais destituídas desta barreira (por exemplo a área postrema) ou que possuem mecanismos de comunicação com diversas partes do cérebro (por exemplo, o órgão subfornix). Não só pode o cérebro construir, em alguns de seus sistemas, uma imagem neural múltipla da paisagem do corpo, como a construção dessa imagem, e a sua utilização, podem ser influenciadas diretamente pelo corpo (DAMÁSIO, 2000a, p. 174).

Com relação às paixões, podemos dizer que se encontram na confluência das pulsões, das emoções e sentimentos, mas também submetidas ao julgo das interdições. São, portanto, moduladas biologicamente, mas também influenciadas pela cultura. Conformam padrões de resposta (a indutores) mais intensos e mais extensos que as emoções e os sentimentos. No entanto, graças a essa maior intensidade/ extensividade, estão sujeitas a possibilidade pulsional e a possibilidade do julgamento e, portanto, ou escapam ou são reprimidas. Assim retornam ao corpo, desta vez como indutoras de mais emoção e de mais sentimentos. Neste campo, quem tem mais a dizer é a filosofia do que a ciência.

No *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia* de André Lalande (1993) dois sentidos se destacam: um deles refere-se aos fenômenos passivos da alma, que “*tocada pelo prazer ou pela dor sentida ou imaginada num objeto, o procura ou dele se afasta*”, enquanto o outro sentido destaca a *inclinação* que cai no exagero, tanto na duração quanto na intensidade, subordinando, assim, todas as outras inclinações que são arrastadas pela paixão (LALANDE, 1993, pp. 781-2). Do primeiro sentido emergem palavras como passividade, padecimento, paciente.

Diz-se paciente àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo. A potência que caracteriza o paciente não é um poder operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade com que nele ocorra uma forma nova. A potência passiva está em receber a forma (LEBRUN, 1987, pp. 17-8).

Trata-se de uma potência, que, geralmente, é identificada como inferior à potência do agente, do agir e da ação. Esta inferioridade com tendência à desqualificação coloca a possibilidade de movimento do paciente na ação do agente, na dependência do outro.

[...] Padecer consiste essencialmente em ser movido – ao passo que o agente, na medida em que sua atividade externa está em comunicar uma forma, não é essencialmente mutável. Ocorre, decerto, que ele deve mover-se para agir sobre o paciente, mas não enquanto agente (LEBRUN, 1987, p. 18).

Esta presumível imutabilidade do agente o aproxima dos seres autárquicos, que não são movidos por paixões, são invulneráveis ou, melhor, quase deuses. No entanto, o agente é um ser que contém matéria, que necessita mudar, seja deslocando-se, seja crescendo em tamanho ou em peso, seja assumindo outras qualidades, o que põe em questão sua imutabilidade. Daí surge o segundo sentido de paixão, o do impulso que arrebatava, que arrasta o sujeito numa tendência em direção do desejo, que ao mesmo tempo que cega, pode ser altamente produtivo e potente. A paixão do paciente é inferior à paixão do agente. Temos então uma questão: como solucionar ou superar a contradição inerente da palavra paixão, entre a passividade que espera e a intensidade que *arrebata*? Será apenas no campo da ética que esta questão poderá ser solucionada.

Um homem não escolhe as paixões. Ele não é, então, responsável por elas, mas somente pelo modo como faz com que elas se submetam à sua ação. É deste modo que os outros o julgam sob o aspecto ético, isto é, apreciando seu caráter. Só pode ser, aliás, desta forma. Pois um juízo ético seria simplesmente impossível se não houvesse como regular as paixões [...]. Sempre que eu ajo de modo a revelar meu caráter, meu comportamento emotivo entra em jogo, pois os outros não dispõem de outro critério para me julgar. Sem as paixões não haveria uma escala de valores éticos. Sem as paixões, ou antes, sem a possibilidade que nós temos de dosá-las. Pois as paixões e as ações são movimentos e, como tais, contínuas, isto é, grandezas que podem ser divididas em partes menores, de tal forma que, quando ajo, me é sempre possível fixar a intensidade passional exata apropriada à situação (LEBRUN, 1987, p. 19).

A possibilidade de fixar a intensidade passional exata depende de recursos cognitivos e adaptativos interiorizados no processo de *organização autopoietica* do sujeito. Esboçam-se assim mais duas esferas de fenômenos psíquicos: a esfera dos fenômenos cognitivos, que aqui chamaremos esfera do *Logos*, pois é através da linguagem que se articulam todos os fenômenos que a integram; e, a esfera do *Éthos*, que é a esfera dos fenômenos que constituem o processo de expressão da ética imanente de cada um e da incorporação de outros modelos morais e éticos vividos no processo singular *autopoietico* em sociedade.

A esfera dos fenômenos relativos à emoção, aos sentimentos e paixões poderia ser assim sintetizada



Figura 3: *Esfera PATHOS: das Emoções, Sentimentos e Paixões*

A esfera *Êthos* apesar de se constituir por fenômenos e propriedades que se tornam em grande parte inconscientes só se constitui a partir das possibilidades vivenciais do exercício dos fenômenos e propriedades da esfera *Logos*, que são em grande parte responsáveis pelo que chamamos *consciência*. Portanto, o *Êthos* é resultante do processo constituinte do *Logos* de cada um, das possibilidades interiores e exteriores de cada um ao enfrentar seu *Conatus* e o *Pathos* dele oriundo e as possibilidades concretas de vida em sociedade, gerando uma *razão* entre elas. Passo agora ao esforço de expressar o que estou chamando de esfera *Logos* para em seguida chegar à esfera *Êthos*.

A esfera Logos: memória, pensamento e linguagem

Os fenômenos que constituem a esfera do *Logos* são fenômenos que têm sido objeto de especulação filosófica desde os pré-socráticos até os filósofos e cientistas da cognição da nossa época. Muito já foi escrito e pesquisado a este respeito. Nas últimas décadas inúmeras disciplinas convergem no sentido de compreender melhor estes fenômenos e para constituir interlocução produtiva entre filósofos, psicólogos cognitivistas, antropólogos e psico-lingüistas, pesquisadores das chamadas neurociências, da biologia do conhecimento e da chamada linha de pesquisa em inteligência artificial. Não nos aprofundaremos no debate acirrado que ocorre dentro destas tendências. A proposta aqui é enumerar uma série de propriedades e elementos que devem compor esta esfera. Escolhi a proposta da psicologia cognitiva por ser aquela que tenho mais fácil acesso e compreensão. O que não significa que compartilho destes conceitos e definições, muito menos que os referenciais teóricos a que estamos aqui nos fundamentando.

Segundo a *psicologia cognitiva*, fazem parte dessa esfera de fenômenos:

- a *sensação*, como decodificação inicial de *dados sensoriais* a partir de órgãos sensoriais periféricos e somato-viscerais para a chamada *memória sensorial*;

- a *percepção*, como processo de elaboração pré-consciente de estímulos sensoriais adaptativos e emocionais gerados e integrados no sistema nervoso central. “O termo *percepção* a os processo que identificam a imagem sensorial inicial agem sobre o seu conteúdo”. (SIEGEL, 1999, p. 321)

- a *atenção* como processo que controla, orienta o fluxo de sensação, percepção e processamento de estímulos, através de sistemas neuroanatômicos ainda não bem compreendidos. A atenção pode, de forma prática, ser subdividida em três componentes,

que justificam a interpretação de déficits percebidos em alguns transtornos psíquicos: *seletividade, capacidade e concentração sustentada*¹;

- as *imagens mentais* como função semiótica de produção de imagens internas que tentam reproduzir interiormente aspectos da realidade através do esforço de imitação, associação de resíduos de imagens previamente percebidas, resíduos de memória, sensações e sentimentos;

- a *imaginação* como processo no qual imagens de modalidades diferentes podem se combinar, produzindo outras imagens inéditas de situações que ainda não aconteceram, podendo relocalar sentimentos, ou resignificar situações acontecidas;

- a *criação imaginária* constitui a capacidade de planejamento, da formulação de cenários possíveis e da predição de resultados;

- a *memória* que é geralmente compreendida como sistemas de armazenamento múltiplo com distintas formas de processamento. Uma primeira subdivisão da memória seria a que identifica uma modalidade *sensorial* (responsável pelo armazenamento de sensações), outra chamada de memória de *curta duração* ou memória operante, responsável pela análise operante dos dados obtidos em determinada situação, contrapostos aos dados armazenados na memória de *longa duração*, modalidade que possibilita a recordação autobiográfica do processo *autopoiético* vivido e a imaginação do processo *autopoiético* projetado (memória de futuro). Outra subdivisão identifica uma modalidade *procedimental*, onde são armazenadas respostas comportamentais apreendidas, outra modalidade chamada *episódica*, onde está armazenada a memória autobiográfica, que possibilita recordar a si mesmo em um episódio, e ainda uma

¹ A *seletividade* na conceituação de Broadbent “tem três dimensões: (1) Filtrar, focalizar sobre atributos físicos específicos (por exemplo pequenos círculos); (2) categorizar com base em classe de estímulo(por exemplo prestar atenção a letras em qual quer script que elas estejam escritas); (3) classificar, reduzir informações perceptuais necessária para colocar um estímulo em uma categoria específica.” O conceito de *capacidade de atenção* “envolve a idéia de que uma tarefa determinada faz uma demanda sobre um agrupamento limitado de recursos. Uma tarefa com uma lata carga de processamento extrai mais recursos do agrupamento finito do que uma tarefa com uma baixa carga de processamento, deste modo inibindo a acessibilidade de recursos para outras funções simultâneas extraídas do mesmo agrupamento de recursos. A atenção focal requer esforço cognitivo e portanto tem uma demanda de alta carga de processamento.” Quanto à *atenção sustentada* [...] “A habilidade de sustentar a atenção é denominada de vigilância e pode ser testada com tarefas que exigem concentração ao longo de um período de alguns minutos até uma hora.” (SIEGEL, 1999 , p. 321)

memória *semântica* onde são armazenadas representações de conhecimento, que quando acessível de verbalização é chamada *memória declarativa*. Um terceiro

modelo de processamento influente descreve a memória como implícita ou explícita. A memória implícita inclui aprendizagem comportamental, emocional e perceptual devido a uma experiência passada mas sem envolver um senso de consciência de recordação quando recuperada. [...] Ou seja, as “memórias implícitas não podem ser declaradas diretamente e a pessoa pode não estar ciente de como as memórias foram adquiridas. A memória explícita armazena informações que podem ser verbalizadas e avaliadas através de medições diretas, como tarefas de recordação e reconhecimento. [...] A memória explícita, por definição, implica em que a pessoa pode conscientemente recordar um item a partir da memória e usar a linguagem para expressar o que é recuperado (SIEGEL, 1999 , p. 324);

- os *modelos* ou *esquemas mentais* que são estruturas com funções organizacionais da mente que “*influenciam a interpretação de dados sensoriais, moldam a codificação de informações na memória de longa duração, influenciam a recuperação de itens armazenados na memória e ajudam a determinar a resposta comportamental.*” (SIEGEL, 1999 , p. 326);

- o *pensamento*, objeto central da filosofia e da psicologia carece de definição universalmente aceita. No entanto sabe-se que

o pensamento envolve a representação mental de algum aspecto do mundo ou do self e a manipulação destas representações. O pensamento depende tanto das memórias explícita e implícita das experiências prévias. Além disso, os processos de pensamento podem ser influenciados pelo estado emocional e modelos mentais da pessoa. Os componentes básicos do pensamento incluem categorização, julgamento, tomada de decisões e resolução de problemas em geral (SIEGEL, 1999, p.326).

- a *linguagem* compreendida como meio predominante da comunicação humana; do ponto de vista lingüístico trata-se de qualquer meio sistemático de comunicar idéias ou sentimentos através de signos convencionais, sonoros, gráficos, gestuais, etc.

- o *discurso* como comunicação de uma pessoa para outra e que envolve um senso de intenção ou de um plano. “*Alguns pesquisadores apóiam a idéia de que o discurso é uma função cognitiva que segue os princípios básicos do processamento de informações, incluindo um esquema para a comunicação eficaz e da cognição social, como levar em conta a perspectiva do ouvinte*” (SIEGEL, 1999, p.327);

- a *narrativa* trata-se de um “*amplo domínio variando do estudo literário da ficção até as investigações da psicologia desenvolvimental sobre a origem de relatos autobiográficos. De um ponto de vista cognitivo, a narrativa é importante para entender as relações entre linguagem, memória, consciência, modelos mentais, auto esquemas e cognição social. A narrativa pode ser geralmente definida como meio pelo qual uma pessoa cria um relato verbal de eventos no mundo*” (SIEGEL, 1999, p. 327);

- a *inteligência* como capacidade de apreender e organizar os dados de uma situação, em circunstância para as quais de nada servem o instinto, a aprendizagem e o hábito; capacidade de resolver problemas e empenho em processos de pensamento abstrato;

- a *intencionalidade* como capacidade cognitiva que indica intenção, sentido ou propósito nos momentos de decisão, deliberação, discurso, ação e não-ação;

- a *criatividade* como capacidade de transformar, inventar e inovar com talento nato ou adquirido, ações, soluções de problemas científicos, questões filosóficas, perceptos estéticos, etc.

Assim podemos expressar, graficamente, a esfera *Logos*:



Figura 4: *Esfera LOGOS: da cognição, da razão e da linguagem*

A esfera Êthos: a ética imanente

A quarta esfera de fenômenos que constituem o domínio interno da subjetividade, será chamada de esfera do *Êthos*. Constitui o que muitas vezes chamamos, no senso comum, de caráter pessoal ou de índole. Constitui-se no processo *autopoietico* de vida, na relação com o outro e na relação interior das outras três esferas constituintes do psíquico: o esforço interno para perseverar na existência, o chamado *conatus*, a contribuição das emoções como disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos (a chamada esfera *pathos*), e a contribuição da razão movida pela emoção e pela linguagem através da comunicação, ou seja do *logos*. O *êthos* pode ser compreendido como o subproduto destas interações no viver interno, no mundo.

Aqui me vem a mente a imagem do velhinho repetindo várias vezes aos jovens do Brooklyn, quando esses passavam por ele: - *Faça a coisa certa!*, no filme de Spike Lee. É como se a chamada para o despertar do *êthos* interior fosse certa, como bastasse o chamamento. Como fosse necessário sempre chamá-la para a consciência, pois está imersa quase que totalmente no inconsciente de cada um. É como se algo de comum em nosso caráter estivesse adormecido e necessitasse sempre ser desperto. O que está adormecido é exatamente a essência do *êthos*, ou seja sua origem no *conatus*, com suas necessidades instintivas, suas pulsões e seus desejos. Através da consciência dos *apetites* do corpo, na forma de *desejos*, enlaçam-se à memória e trazem a contribuição do *logos*. Mas será a contingência do *pathos*, ou seja, será através *das emoções e sentimentos*, que se pode avaliar o certo e o errado, o bem e o mal. Espinosa nos faz uma proposição neste sentido:

O conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a afecção de alegria ou de tristeza, na medida em que temos consciência dela.

E, logo em seguida demonstra:

Chamamos bem ou mal àquilo que nos é útil ou prejudicial à conservação do nosso ser², isto é³, o que aumenta ou diminui, favorece ou entrava a nossa potência de agir. E assim, na medida em que⁴, percebemos que uma coisa nos afeta de alegria ou tristeza, chamamo-la boa ou má, e, por conseguinte, o conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a idéia de alegria ou de tristeza que resulta

² No texto da *Ética* de Espinosa encontram-se referências à definições, proposições e demonstrações em escólios já apresentadas anteriormente. Neste ponto do texto, encontramos a seguinte referência: "pelas definições 1 e 2 desta parte", quais sejam: "1. Por bem entenderei aquilo que sabemos com certeza ser-nos útil"; 2. Por mal, ao contrário, aquilo que sabemos com certeza que nos impede de nos tornarmos senhores de um bem qualquer." (ESPINOSA, 1983, p. 227)

³ "pela proposição 7 da parte III", a saber: "O esforço pelo qual toda coisa tende a perseverar no seu ser é senão a essência atual dessa coisa." (ESPINOSA, 1983, p. 181)

⁴ "pela definição de alegria e de tristeza; conferi-las no escólio da proposição 11 da parte III", como segue: "[...] a alma pode sofrer grandes transformações e passar ora a uma maior perfeição, ora a uma menor, paixões estas que nos explicam as afecções de alegria e de tristeza. Assim, por alegria entenderei, no que vai seguir-se, a paixão pela qual a alma passa a uma perfeição maior; por tristeza, ao contrário, a paixão pela qual a alma passa a uma perfeição menor." (ESPINOSA, 1983, p. 182)

necessariamente da afecção de alegria ou de tristeza⁵, mas esta idéia está unida à afecção da mesma maneira que a alma está unida ao corpo⁶; isto é,⁷ esta idéia não se distingue, de fato, da própria afecção, ou seja⁸, da idéia de afecção do corpo a não ser tão-somente pelo conceito; logo, este conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a própria afecção, na medida em que dela temos consciência (ESPINOSA, 1983, pp.231-2).

A existência de um *êthos* se constitui do processo de vida de um ser. Surge de sua substância essencial e de seus atributos. No caso do homem surge de seu *conatus*, que por sua vez se potencializa através do *pathos* e do *logos*. Mas será através das possibilidades do *êthos*, que ao integrar estas três esferas, gera o que podemos chamar de a *potência de agir* deste corpo, que assim pode afetar o mundo e os outros corpos. Trata-se, enfim, da *ética imanente*, como nos propõe Espinosa, aquela que é produzida nos corpos, do encontro dos corpos, que respeita a singularidade dos processos *autopoieticos*, a singularidade de suas produções de sentido.

Por aí caminha a reflexão de Humberto Maturana e Francisco Varela, quando em seu livro *A árvore do conhecimento* (2001), após um percurso riquíssimo para fundamentar o conceito de *autopoiese* chegam a uma definição do sentido da ética no ser humano:

⁵ “pela proposição 22 da Parte II”, lê-se: “A alma humana percebe não apenas a as afecções do corpo, mas também as idéias dessas afecções.” (ESPINOSA, 1983, p.152)

⁶ “pela proposição 21 da parte II” onde: “Esta idéia da alma está unida à alma da mesma maneira que a própria alma está unida ao corpo.” (ESPINOSA, 1983, p. 152)

⁷ “como foi demonstrado no escólio da mesma proposição”, onde se pode ler: “[...] a alma e o corpo são um só e mesmo indivíduo, concebido ora sob o atributo do pensamento, ora sob o atributo da extensão. É por isto que a idéia da alma e a própria alma são uma e a mesma coisa, que é concebida sob um só e mesmo atributo, o pensamento.” (ESPINOSA, 1983, p. 152) Para Espinosa atributo é entendido como “o que o intelecto percebe da substância como constituindo a essência dela.” (ESPINOSA, 1983, p.76)

⁸ “pela definição geral de afecções”, que são entendidas como “as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada, assim como as idéias dessas afecções.” (ESPINOSA, 1983, p. 176)

Todo ato humano ocorre na linguagem. Toda ação na linguagem produz o mundo que se cria com os outros, no ato da convivência que dá origem ao humano. Por isso, toda ação humana tem sentido ético. Esta ligação do humano ao humano é, em última instância, o fundamento de toda ética como reflexão sobre a legitimidade da presença do outro (MATURANA & VARELA, 2001, p. 269).

São constituintes do *Êthos*: o juízo, a virtude, o intelecto, a auto-estima, o sentimento de culpa, a crítica, a coragem e a covardia, o amor, o ódio, os preconceitos, a compaixão e a capacidade de persuasão.

O *juízo* constitui uma capacidade operativa derivada do *logos*, na qual articula-se dois conceitos através de uma afirmação ou negação da relação entre eles, promovendo assim uma deliberação a respeito de ambos. Sempre se expressam na forma de proposições.

De forma bastante genérica, o *intelecto* constitui a capacidade singular de compreender o singular, conferindo-lhe sentido, significados, limites, dimensões, ordens e medidas a tudo o que se encontra em seu mundo ou universo.

A *auto-estima* a capacidade de atribuir valor de alegria a si próprio, demonstrando, conseqüentemente, confiança e segurança em seus atos e julgamentos.

A *culpa* de forma bastante genérica seria uma emoção ou um sentimento penoso, consciente ou inconsciente, resultante de um conflito entre um desejo, ou pulsão, ou fantasia, ou falta de algum cumprimento de alguma norma social ou individualmente imposta.

A *crítica* é capacidade analítica, de julgamento, exame e apreciação, na qual se envolve o intelecto, a respeito de ações, fatos, produções artísticas, enunciados, narrativas, relatos, idéias, entre outras *poieses*, de si próprio ou de outrem, com a finalidade de emitir um julgamento, uma censura, uma condenação, ou uma valorização, estima, validação, reforço ou apoio.

A *coragem* como determinação vinda das forças do *conatus* no desempenho de alguma ação desejada ou necessária, com perseverança e tenacidade.

A *covardia* como sentimento, ou atitude, ou gesto que se caracteriza pela falta de coragem, pelo temor, pelo acanhamento ou falta de ousadia.

Francisco J. Varela, em seu ensaio *Sobre a Competência Ética* (1992), se propõe a examinar sua hipótese de que a ética estaria muito mais próxima da sabedoria do que da razão, isto é, mais próxima da compreensão do que deve ser o bem do que da formulação de princípios corretos. Para ele a virtude nada mais é que uma sabedoria ética:

[...] Pode dizer-se que uma pessoa sábia (ou virtuosa) é a que conhece o que é bem e o põe espontaneamente em prática. É esta imediatidade de percepção-ação que queremos examinar criticamente em contraste com a habitual posição sobre o comportamento ético, que parte da investigação sobre o conteúdo intencional para chegar a indagação sobre a racionalidade dos princípios morais (VARELA, 1995, p. 15).



Figura 5: *Esfera do ÊTHOS, da consciência moral e da ética imanente*

Reconhecidas algumas das propriedades e fenômenos de cada uma das esferas da subjetividade humana que aqui propomos, faz-se necessário, antes de nos determos nas interseções destas esferas, apontar como síntese as essências de cada uma delas. Imaginemo-las se inter-relacionando e se constituindo com diferentes vibrações no desenvolvimento ontogenético de cada um e se reconstituindo em diferentes momentos do tempo irreversível e sujeito a infinitas possibilidades do acaso. De todas estas interseções, constituem-se no tempo como um só fluxo subjetivo, vibrátil, capaz de afetar o mundo onde está inserido, e sempre gerando novas possibilidades de afetos internos.



Figura 6: As essências das esferas da Subjetividade

Sobre a consciência e o inconsciente e os diferentes Eus

De todas estas propriedades e fenômenos da subjetividade que aqui nos esforçamos para englobá-los em esferas de diferentes qualidades, podemos dizer que boa parte delas nos são inconscientes no momento em que as vivemos e, ao mesmo tempo, quase todas podem ganhar em algum momento uma dimensão consciente. Serão as propriedades da esfera *Logos* que poderão dar sentido, gerar representações de todas as outras, gerando *consciência* deste mundo interno, que nada mais é que as possibilidades de reflexão do mundo externo sobre o si mesmo, ou o *Self*, e vice-versa. Pode-se dizer que a esfera *Êthos* é subproduto do *Logos* refletindo a Cultura e a Ética de uma sociedade, assim como o *Pathos* é subproduto das necessidades e desejos do *Conatus*, refletindo as condições materiais da vida em sociedade, na Natureza. Todas estas esferas, por sua vez, só podem ser identificadas e compreendidas pela consciência e em teoria são subprodutos desta.

Na figura 7, tentamos expressar todas as esferas interagindo e gerando fluxos afetivos internos entre uma e outra e fluxos subjetivos, também, afetivos, agenciados, do Eu corpo com o mundo, produzindo um Eu no mundo autopoietico. Tentamos também expressar, através das cores, o que em essência possibilita a consciência (em azul) e o que em essência são conteúdos, fenômenos ou propriedades inconscientes (em rosa).

O inconsciente é a grande esfera. Produz inúmeros agenciamentos, possibilita emoções, paixões, apetites e apelos de necessidades e de comunicação. Trata-se também de um “arquivo” de imagens visuais, sonoras, tácteis, cinestésicas, gustativas e odoríficas de experiências vividas com prazer, ou desprazer. Nele se compactam recalques, resíduos de desejos não concretizados, que podem retornar em momentos inesperados, como pulsão, como falhas na comunicação lógica, como preconceitos, como sonhos. Inclui, portanto a maioria das propriedades do *Conatus*, do *Pathos* e do *Êthos*. E guarda relação íntima com as propriedades do *Logos*. Sua compreensão pela esfera consciente é extremamente complexa. Sua maquinação é de outra lógica. Só funciona quando atrelada a outras maquinações. Só tem sentido, se abordada a partir dos agenciamentos que a fazem funcionar tanto em nível intrapsíquico, como extra: os agenciamentos do Eu mundo, que agenciam o Eu corpo, que é percebido pelo Eu self, o

Eu atento. Este, por sua vez, capaz de gerar todas as possibilidades de consciência, da central (oriunda deste self central) à ampliada, incluindo a maioria das propriedades do *Logos*.

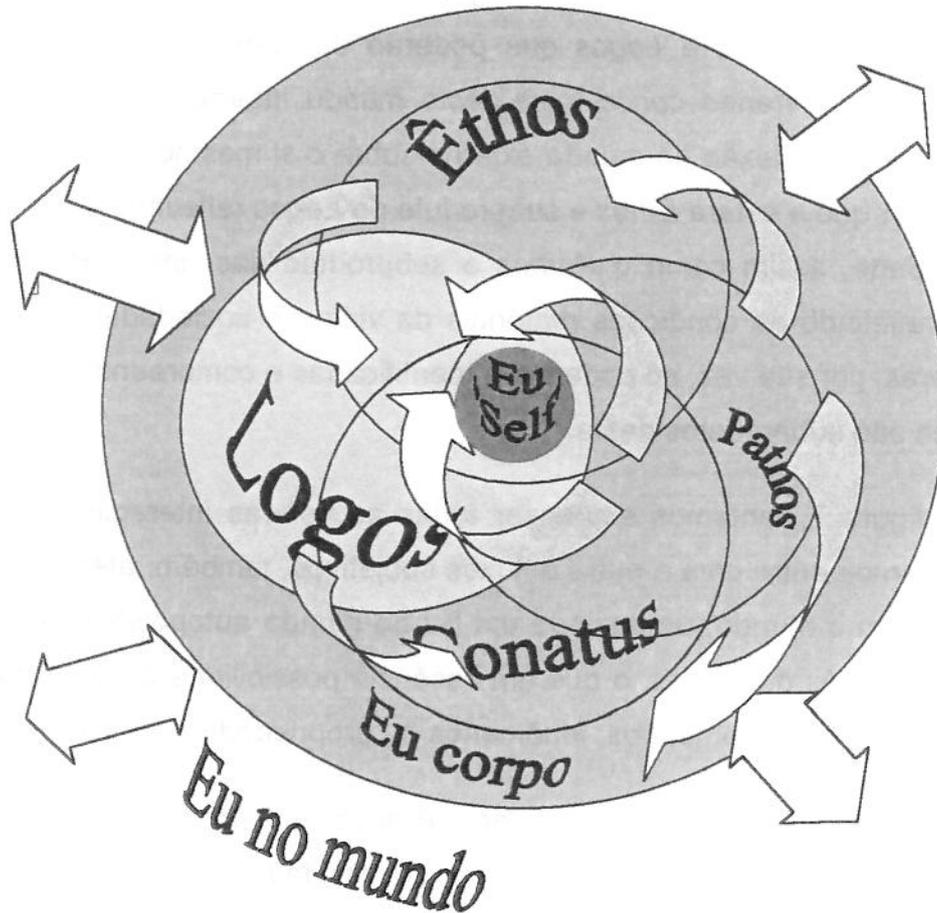


Figura 7: Tentativa de representação gráfica dos Eus subjetivos e seus agenciamentos

Ter uma emoção, senti-la e tomar conhecimento dela, ao ponto de, podermos compreendê-la ou, no mínimo, descrevê-la, ter uma idéia e poder expressá-la, tomar uma decisão e poder refletir sobre ela, assim como poder identificar um apetite como um desejo são fluxos subjetivos da consciência. Tomar uma decisão, perceber-se

apaixonado, omitir-se, tratar com indiferença alguém ou alguma situação, geram emoções, reduzem ou aumentam a potência de vida. Enfim, constituem as vicissitudes da contingência da vida, das diferentes possibilidades do produzir-se, da *autopoiese* da existência.

São todas estas possibilidades de fluxos, que dão consciência a nossa existência autobiográfica. Como diria Antônio Damásio trata-se da consciência autobiográfica ou consciência ampliada.

[...]O tipo de consciência complexo, que denomino de consciência ampliada e que possui muitos níveis e graus, fornece ao organismo um complexo sentido de self – uma identidade e uma pessoa, você ou eu – e situa essa pessoa em um ponto histórico individual, ricamente ciente do passado vivido e do futuro antevisto, e profundamente conhecedora do mundo além desse ponto. [...]

Trata-se de um fenômeno biológico complexo, conta com vários níveis de organização e evolui no decorrer da vida do organismo. Embora eu acredite que, em níveis simples, ela também está presente em alguns não-humanos, a consciência ampliada só atinge um nível mais elevado nos seres humanos. Ela depende da memória convencional e da memória operacional. Quando atinge seu ápice humano é também intensificada pela linguagem (DAMÁSIO, A., 2000b, p. 34).

A este fenômeno ampliado de consciência, Antônio Damásio contrapõe um tipo mais central e aglutinador de todos estes fluxos dissipativos. Denomina este núcleo de consciência de *consciência central*, que “*fornece ao organismo um sentido do self concernente a um momento, o agora, e a um lugar, o aqui.*”

O campo de ação da consciência central é o aqui e o agora. A consciência central não ilumina o futuro, e o único passado que ela vagamente nos permite vislumbrar é aquele ocorrido no instante imediatamente anterior. Não há outro lugar, não há antes, não há depois [...] Trata-se, em suma, de “um fenômeno biológico simples; possui apenas um nível de organização, é estável no decorrer da vida do organismo, não é exclusivamente humana e não depende da memória convencional, da memória operacional, do raciocínio ou da linguagem. [...] O sentido superposto á consciência central é apenas o primeiro passo para sair à luz do conhecimento; ele não ilumina

todo um ser. Por sua vez, o sentido superposto à consciência ampliada traz à luz a construção integral do ser. Na consciência ampliada, o passado e o futuro antevisto são sentidos juntamente com o aqui e agora, em um vastíssimo panorama, tão abrangente quanto o de um romance épico (DAMÁSIO, 2000b, p. 34).

Portanto a consciência ampliada ou autobiográfica, se constrói a partir do alicerce da consciência central. O comprometimento desta destrói toda a possibilidade e existência da outra, enquanto o comprometimento da consciência ampliada apenas não prejudica obrigatoriamente a consciência central. Cada uma delas corresponde a um tipo de *self*, ou consciência de si: o *self central*, entidade transitória, incessantemente recriada para cada objeto e em cada micro-mundo situacional imediato, com o qual o ser se interage, e o *self autobiográfico*, que “*depende de lembranças sistematizadas de situações em que a consciência central participou do processo de conhecer as características mais invariáveis de um organismo: quem o gerou, onde, quando, seus gostos e aversões, o modo como habitualmente se reage a um problema ou conflito, seu nome, etc.*” (DAMÁSIO, A., 2000b, p. 35).

Da consciência central emerge como fenômeno fundamental a *atenção*. Entendida como nos indica Arthur J. Deikman (1996), como o solo de toda experiência.

Atenção é algo separado, diferente de tudo aquilo a que estamos atentos: pensamentos, emoções, imagens, sensações, desejos e memória. Atenção é o solo onde os conteúdos mentais se manifestam; aparecem nele e uma vez mais desaparecem. [...] Atenção que não pode tornar-se um objeto de observação porque ela é o meio pelo qual se pode observar. [...] A atenção pode variar em intensidade assim como nossa totalidade modifica-se, mas é usualmente uma constante. Não pode ser observada a partir de si, não é um objeto. Além disso, não pode ser caracterizada, não tem forma, textura, cor, dimensões espaciais. Estas características indicam que a atenção é de natureza diferente que os conteúdos da mente; vai além da sensação, das emoções, idealizações, memória. [...] Não tem nenhum conteúdo intrínseco, nenhuma forma, nenhuma característica de superfície – é distinta de qualquer coisa que se experimenta. [...] Assim toda experiência é dualística, porém não o dualismo mente e matéria, mas sim o dualismo atenção e o conteúdo desta atenção. Colocando de outra maneira, toda experiência consiste de observador e o

que é observado. [...] Se não existiu atenção, por si, não haveria nenhum Eu. Haveria o mim, minha personalidade, minha identidade emocional, porém não o Eu, nenhum centro transparente de existência (DEIKMAN, 1996, pp. 350-1).

Consciência central e atenção, atenção e emergência do Eu. O eu self. A experiência de ser si próprio e de estar consigo mesmo. Solo que garante todas as outras possibilidades de consciência. Solo também imerso no maquinismo do inconsciente, do automatismo, da fuga de consciência. Movimentos intensos, que permitem infinitos agenciamentos de desejos, necessidades, imagens, idéias, emoções, sentimentos, juízos, preconceitos... E tudo o mais que nos faz sentir objetivamente produtores de intensa subjetividade. Eu no mundo. Eu para o mundo.

Jovelina

Somos temos quando reconhecemos nossos limites e entendemos que a força nasce do compartilhar com os demais o alimento afetivo.

(RESTREPO, Luis Carlos, 1994, p.139)

4 de março de 2002

Jovelina aparece suavemente na porta da sala onde realizamos a supervisão de nossos alunos. Solicita minha atenção com gestos muito sinceros e creio que com palavras emitidas num tom muito baixo. Quando me aproximo, pergunta a razão por ter sido convocada para comparecer hoje ao Centro de Saúde B. Diz ter recebido tal comunicação através do patrão, que identificara este pedido em gravação em sua secretária eletrônica. Era uma solicitação para que viesse ao Centro de Saúde para conversar com o pediatra a respeito de seu filho. Não consigo lembrar-me de tal pedido de imediato. Peço o prontuário de Gilberto e logo me recordo de tudo.

Jovelina é mãe de Gilberto, um garoto de 3 anos, portador de Síndrome de Down e que é acompanhado por nós desde os seus primeiros meses de vida. Após a cirurgia para correção de uma Comunicação inter-ventricular (CIV)⁹ aos dois anos, passou a receber acompanhamento pediátrico numa frequência muito próxima de qualquer outra criança. Nas últimas consultas, veio sempre acompanhado de sua babá Marina. Esta nos conta que Jovelina trabalha muito e que tem muito pouco tempo para estar com o filho. Gilberto já manifesta nítida preferência em ficar com Marina e um certo desinteresse por Jovelina. Na hora de voltar para casa com a mãe no final do dia, sempre ocorre um “drama”. Gilberto quer ficar com a babá. Vai embora chorando. Marina fica incomodada com a situação, sempre se sente mal.

⁹ CIV = Comunicação inter-ventricular, defeito no septo que separa os dois ventrículos (ou câmaras que propulsionam o sangue para o corpo e para os pulmões) do coração; trata-se de uma das anomalias mais comuns da infância e muito freqüente em crianças com Síndrome de Down.

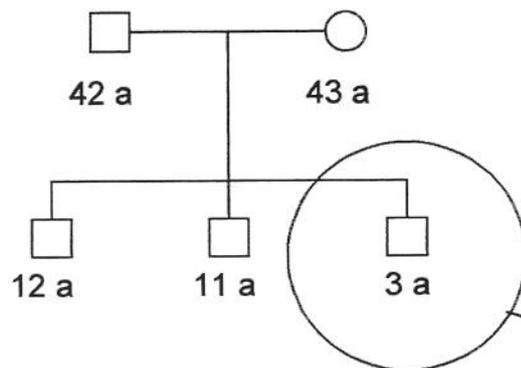
Quando oferecemos espaço para que nos conte o que ela acha que está ocorrendo, Marina diz que acha que as relações familiares não andam bem. Insinua problemas no relacionamento do casal, mas evita entrar em detalhes. Na última consulta de Gilberto, percebemos que a situação estava pior. Senti que Marina expressava emoções ambíguas quando falava de Jovelina e de Gilberto. Percebi que pouco sabia das relações dos familiares e que expressava apenas poucas impressões. Cheguei a suspeitar que em parte as lacunas de sua fala revelavam, o medo de estar tocando em questões muito delicadas. Pedimos, então, para que agendasse um retorno para a semana seguinte com Jovelina. Pouco tempo depois desta recomendação, percebo que o retorno não fora agendado. Tenho dificuldade para identificar se houve falha por parte do aluno que estava atendendo Gilberto e Marina, ou se esta “esqueceu” mesmo de agendar. Percebo apenas que a pressa foi grande para sair dali. A convocação, então, foi feita via telefone.

Ao reconstruir rapidamente esta situação, convido Jovelina a conversar sobre Gilberto e sua família. Vamos para um dos consultórios. No trajeto sinto o peso da situação. Sinto medo de não conseguir expressar bem o que de fato me preocupa. O medo central é que ela não compreenda que minha preocupação seja a perda de vínculo que aparentemente, está ocorrendo entre ela e Gilberto e o significado que isto pode estar tendo para os dois. Tenho medo de ser mal interpretado, porém me sinto não somente autorizado, como legitimado para tentar esclarecer o que está ocorrendo. No extremo configura-se uma fantasia de que Gilberto possa estar sendo negligenciado afetivamente e que até possa estar sofrendo maus tratos. Preciso entender melhor o que está ocorrendo. Somente Jovelina pode me aproximar do que está ocorrendo.

Pergunto se está tudo bem em casa e a resposta de que acha que sim vem acompanhada de um movimento na cadeira que revela algo difícil de ser expresso. Identifico em seu olhar, que apesar de revelar uma certa perplexidade com a situação, me solicita que eu me esclareça mais. Falo a respeito do que venho percebendo nas últimas consultas e sobre os sinais que Marina nos deu, com o maior cuidado possível, para passar de fato o que ocorrera e que não era fácil para Marina expressar problemas da família de Gilberto sem de fato conhecê-los bem.

Os olhos de Jovelina se enchem de lágrimas. A emoção toma conta de seu corpo. Percebo o vibrar de uma dor e de uma tristeza profunda, que a permite controlar a emoção e falar. Diz que tem procurado trabalhar o máximo de tempo possível para fugir de seus problemas e acha que isto está repercutindo sobre Gilberto. Fala do trabalho e do patrão que a estima muito. Expõe sua mágoa para com o marido, que vem da época da cirurgia cardíaca do Gilberto. Além do medo de que ele pudesse não sobreviver a cirurgia, na mesma ocasião, Jovelina enfrentava o diagnóstico de um tumor de Coluna vertebral, muita dor, cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Luís, seu marido, entrega-se à bebida e acaba desempregado. Os outros filhos também sofreram muito.

Busco a anotação do heredograma de Gilberto e re-descubro sua família. Sinto que esta saída vem de encontro ao peso que estou sentindo com a carga de desgraças que assolou aquela família naquela ocasião. Sinto medo que mais desgraças tivessem ocorrido com os irmãos.



A distância de idade de Gilberto e os irmãos me suscitam fantasias a respeito de como foi a gestação, sua aceitação pela mãe e demais familiares. Fico com as imagens. Não consigo perguntar nada a respeito.

Pergunto sim a respeito de como está sua saúde agora. Diz que os médicos dizem que se encontra curada e está apenas controlando com exames. Não sente mais dores. E que tem muita disposição para o trabalho, que é pesado. Volta a falar de Luís e

seu alcoolismo. Diz que quando bebe se transforma. Chega a agredir fisicamente os filhos maiores. Fala que quando está sem beber, ajuda na casa. Faz o jantar e prepara sua marmita para o dia seguinte. Está trabalhando como servente de pedreiro, porém ganha muito pouco. Não se considera alcoólatra. Sempre lhe diz que bebe por causa dela, Jovelina.

Sinto que a proposta de ouvi-la transformou-se numa catarse e que não sei bem como encaminhar. De alguma forma me ficou mais clara toda a situação. Volto a colocar Gilberto no centro de nossa conversa. Pergunto se ela entende o que está ocorrendo com o filho e ela, na relação entre os dois. Tenta explicar que acha que o problema é tempo para lhe dar mais atenção, pois decidiu não depender do marido e para isto assumiu dois empregos como faxineira em dois escritórios. Sai todos os dias cedo e volta entre as 18 e 19 horas. Tenta várias vezes expressar que este caminho foi o que ela encontrou para se sentir feliz. Várias vezes tentou repetir, creio que para ela mesma, que se sente feliz e que está bem. Como eu, parece não acreditar nisto. Percebo seu olhar encher-se de lágrimas, quando tenta reafirmar que tudo está bem com ela.

Não consigo prosseguir mais conversando com ela. Sinto a pressão do movimento do ambulatório lá fora. Pergunto se deseja ajuda psicológica para ela ou para a família. Falo a respeito do trabalho do setor de psicologia. Diz que acredita que sua situação não necessita ajuda. Acha que Luis também não vai querer. Enxuga suas lágrimas e justifica-se que chora muito facilmente. Neste momento sinto que a ajudei refletir sobre sua vida e sobre seus sentimentos. Percebo em seu vibrar e também nos meus sentimentos, que promovi algum tipo de ajuda. Coloquei-me à disposição para que me procurassem sempre que julgassem necessário.

Agenciamentos internos da subjetividade: as esferas e suas intersecções

A racionalização da emoção não se processa apenas depois que esta desaparece; é imanente à própria emoção. Razão e emoção são indissociáveis. Existe uma simultaneidade entre o sentir e o pensar.

(BOAL, Augusto, 2000, p.69)

Quase todas as propriedades e elementos constitutivos de cada uma das esferas da subjetividade, anteriormente construídas, poderiam também fazer parte de mais de uma esfera. Em realidade elas são só imaginárias. Estão em intensa interação e produção maquínica de agenciamentos. O que se pretendeu nesta primeira aproximação foi delimitar a esfera essencialmente gerativa de cada fenômeno, propriedade ou elemento. O desafio agora é identificar elementos de intersecção, ou seja, aqueles que guardam forte engendramento e influência no conjunto de duas ou mais esferas. Trata-se de buscar os elementos fundamentais que possibilitam agenciamentos internos e suas estratégias mais significativas para as relações intersubjetivas, para que, posteriormente, possamos identificar os agenciamentos afetivos, que se efetuam em afetos com o mundo externo.

Intersecção 1: *Conatus* e *Pathos*

Na intersecção *Conatus* e *Pathos*, emergem dois elementos fundamentais que são engendrados a partir do esforço de se perseverar na existência. São também em sua essência gerados no *pathos* e ao mesmo tempo geradores de emoções básicas e

sentimentos que o constituem. São eles: o *prazer* e a *dor*. São duas propriedades do corpo em si e daí essencialmente *conatus*.

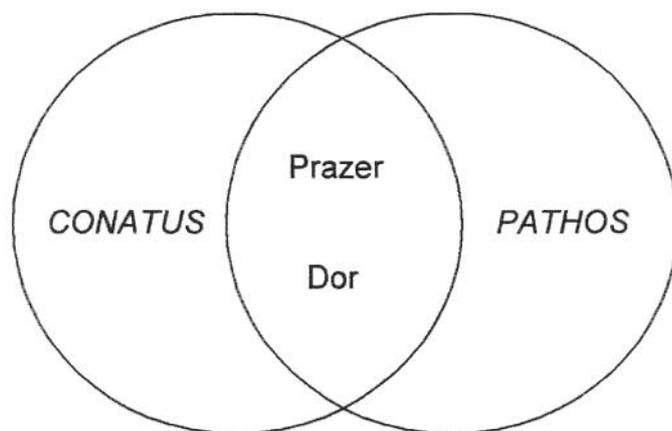


Figura 8: *Intersecção conatus-pathos*

A dor é um evento físico que se institui no corpo quando alguma desestruturação (transitória ou definitiva) nele provocada, ou por ele mesmo provocada, gera estimulação do sistema nervoso, através de receptores livres distribuídos de forma irregular, tanto em número como em grau de sensibilidade, na maioria dos tecidos orgânicos, provocando (em qualidade e intensidade variáveis) incômodo, tensão, alarme, reações de fuga e sofrimento. Em alguns tecidos, os receptores da dor (*ou nociceptores*) são numerosos e “hipersensíveis”, como a pele por exemplo. Noutros, a inervação por terminações nervosas sensíveis à dor é mais pobre e a intensidade da dor irá variar tanto por motivos próprios do sujeito (sensibilidade variada, respostas para superação mais ou menos automáticas, etc.), como por motivos associados ao estímulo ou a sua percepção. Quanto aos estímulos dolorosos, podem ser: mecânicos, térmicos, químicos, emocionais, e mistos. Tais estímulos podem ser gerados tanto interna como externamente ao corpo.

O prazer é também um evento (ou fenômeno) físico que se institui quando algum desequilíbrio, carecimento, tensão ou incômodo é superado, ou quando mesmo em estado de equilíbrio este evento surpreende o corpo, gerando, em qualidades e intensidades variáveis, excitações orgânicas acompanhadas de emoções e sentimentos de saciedade, equilíbrio, tranqüilidade, comodidade ou conveniência, alívio de tensão e/ou de dor, graça, glória, recompensa e orgasmo. Tem por base a excitação de determinados

órgãos, grupo de órgãos, estados metabólicos e os hidro-eletrolíticos e estimulação ou depressão do sistema nervoso central, ou do sistema nervoso autônomo. Ao contrário da dor, que indica desestruturação, desequilíbrio, ou até desintegração, o prazer indica reestruturação, reequilíbrio, distensão, segurança, integração.

Tanto a dor quanto o prazer são eventos físicos altamente complexos, que envolvem várias reações automáticas, que vão desde de um simples afastamento de um membro até complexos estados emocionais que predispõe o organismo para determinada ação. São, portanto, propriedades corporais com propósitos adaptativos. São, portanto, eventos do *conatus*, de onde se engendra e se fundamenta a maioria dos eventos do *pathos*, com fortes reflexos sobre a estruturação do *logos* e do *êthos*. Os efeitos sobre o *logos* ocorrem quando tais eventos se tornam percebidos, geram representações e imagens mentais associadas que permitem a consciência de perfis do estado do corpo que o predispõe para determinadas ações e modificações em sentimentos de fundo e da noção que temos do corpo. Tal consciência e a memória que construímos dela possibilita a criação de outros padrões de resposta, outras possibilidades de atenção a eventos, emoções e sentimentos, que caracterizam a dor ou o prazer.

A configuração dos estímulos e dos padrões de atividade cerebral, percebidos como dor ou prazer são estabelecidos a priori na estrutura cerebral. Eles ocorrem porque circuitos são ativados de um determinado modo e são instruídos geneticamente para se constituírem de um determinado modo. Embora nossas reações à dor e ao prazer possam ser alteradas pela educação, constituem um excelente exemplo de fenômenos mentais que dependem de disposições inatas (DAMÁSIO, 2000a, p. 294).

A experiência da dor e do prazer são fundamentais no processo de imanência do *êthos*. A primeira fornece elementos providenciais ao organismo para proteger e reparar novas experiências como aquela, e de certa forma, “prevenir” no momento em que se volta a viver eventos semelhantes aos que predispuseram ou determinaram tal experiência. Já a experiência do prazer tende mais a relacionar-se com a previsão, vinculada à antevisão do que deve ser feito para que não se tenha um problema.

Assim, dor e prazer são parte de duas genealogias diferentes da regulação da vida. A dor vincula-se a punição e a comportamentos como o de retirada ou paralisação. O prazer, por outro lado, vincula-se à recompensa e a comportamentos como o de busca e aproximação. [...] A punição leva os organismos a retirar-se, paralisar-se, afastar-se de seu meio. A recompensa leva os organismos a descontraírem-se, tornar-se receptivos, aproximar-se de seu meio, buscá-lo, com isso aumentando suas chances de sobrevivência, mas também sua vulnerabilidade (DAMÁSIO, 2000b, p. 108).

Como todo *êthos* imanente afeta-se também o conjunto de valores, a ética e a cultura de uma sociedade. Neste sentido, escreve António Damásio (1994):

A dor e o prazer são as alavancas de que o organismo necessita para que estratégias instintivas e adquiridas atuem com eficácia. Muito provavelmente, foram também estes os instrumentos que controlaram o desenvolvimento das estratégias sociais de tomada de decisão. Quando muitos indivíduos, em grupos sociais, experienciaram as conseqüências dolorosas de fenômenos psicológicos, sociais e naturais, tornou-se possível o desenvolvimento de estratégias culturais e intelectuais para fazer face à experiência de dor e para conseguir reduzi-la (DAMÁSIO, 2000a, p. 294).

Retornando à intersecção *pathos/conatus*, pode-se dizer que, embora dor e prazer não se constituam como emoções puras, são sentimentos muito intensos que qualificam inúmeras emoções, assim como são desencadeantes de tantas outras. *“Enquanto a dor se associa a emoções negativas – como angústia, medo, tristeza e repugnância, cuja combinação comumente constitui o que se denomina sofrimento -, o prazer está associado a muitas gradações de felicidade, orgulho e emoções de fundo positivas”*(DAMÁSIO, 2000b, p.105-6). Tratam-se de afecções corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos. Mais do que a racionalidade implicada em nossas ações e condutas, são sempre as *emoções* e os *sentimentos de fundo* que se colocam como definidores de nossa *práxis* e de nossa *poiesis*, ou seja definidores dos diferentes domínios de ação em que nos movemos e vivemos.

Estas conclusões que nos trazem médicos das Neurociências, como António Damásio e biólogos, como Humberto Maturana, se aproximam muito do que pensava Baruch Espinosa já no século XVII. Embora não utilize as noções de dor e prazer, Espinosa traz como conceitos-chaves de seu pensamento proposições de que duas paixões são determinantes para aumentar ou diminuir a potência da *alma*. A respeito do corpo e da alma introduz como idéia central de seu pensamento a de que esta nada mais é que “*consciência das afecções de seu corpo e das idéias dessas afecções: é consciência do corpo e consciência de si, ou, em linguagem espinosana, idéia do corpo e idéia da idéia do corpo.*” (CHAUI, 1995, p. 115) Entretanto, é importante ressaltar aqui que não se trata de uma representação que se faz deste corpo a partir das imagens que lhe chegam dele e de outros corpos. Trata-se sim, da idéia das afecções corporais vividas em si e na relação com outros corpos que o determinam e o delimitam. É consciência dos movimentos deste corpo, de suas mudanças, dimensões, emoções, sentimentos, intenções, ações e reações, assim como é consciência das relações deste corpo com outros corpos. É, portanto, “*consciência da vida de seu corpo e consciência de ser consciente disso*”. (CHAUI, 1995, p. 116) Para Espinosa,

a alma pode sofrer grandes transformações e passar ora a uma maior perfeição, ora a uma menor, paixões estas que nos explicam as afecções de alegria e de tristeza. Assim por alegria entenderei, no que vai seguir-se, a paixão pela qual a alma passa a uma perfeição maior; por tristeza, ao contrário, a paixão pela qual a alma passa a uma perfeição menor. Além disso, à afecção da alegria referida simultaneamente à alma e ao corpo, chamo deleite ou hilaridade, e à afecção de tristeza referida simultaneamente à alma e ao corpo chamo dor ou melancolia. Deve observar-se, todavia, que o deleite e a dor se aplicam ao homem quando uma de suas partes é afetada mais que as outras; a hilaridade, ao contrário, e a melancolia, quando todas são igualmente afetadas (ESPINOSA, 1983, p. 182).

Assim, na intersecção *pathos/conatus* oscilam paixões primárias que vão do prazer à dor, do deleite à insatisfação, do gozo ao desgosto, da hilaridade à melancolia. E o esvaziamento deste espaço configuram-se eventos, ou melhor afetos, que gradualmente caminham da apatia ao esmorecimento, passando pelo desânimo, pela indolência e pelo

abatimento. Sua total completude pode oscilar da vivacidade, do entusiasmo e impetuosidade ao estado de comoção.

Intersecção 2: *Conatus e Logos*

Nesta intersecção, agenciam-se dois eventos afetivos internos, mas que têm apelo direto à intersubjetividade, ou seja, à exterioridade, à relação comunicativa com o outro. São eles: o desejo e a necessidade. Têm uma origem comum, o *apetite* [*appetitus*]. Nos primeiros filósofos modernos, observa-se que o que hoje traduzimos como desejo, na verdade não se referia a *desiderium*, mas sim a *appetitus*.



Figura 9: *Intersecção logos-conatus*

Appetitus

deriva-se de *appeto* que, por seu turno, vem de *peto*: dirigir-se para, tentativa para atingir algum lugar ou alguma coisa, acompanhado da idéia de violência física ou psíquica e, enfraquecendo-se, significa petição, solicitação, demanda (como *oréxis* {do grego}, é estender as mãos para implorar). Os três sentidos – atacar, dirigir-se e solicitar – encontram-se em *appeto*: agredir, atacar, tentar agarrar, procurar deitar a mão, acometer e, por extensão, cobiçar, ter inclinação para, desejar. Da mesma família, nascem: *expecto* (chegar, cair sobre, desejar ardentemente), *impeto* (lançar-se sobre, atacar), e *impetus* (choque assalto, impulso, ímpeto). Apetecer é esforço para chegar a algum lugar ou alguma coisa, mas é também necessidade natural, fome e sede (CHAUI, 1990, p.. 28).

Portanto, apetite oscila entre ataque e demanda, atividade e passividade, avidez e saciedade. É movimento de superação de algum carecimento detectado ou não, percebido ou não. Quando este movimento torna-se consciente, lhe damos o nome de *necessidade* ou de *desejo*. Para Espinosa, o *desejo* é o *apetite de que se tem consciência*.

O apetite não é senão a própria essência do homem, da natureza da qual se segue necessariamente o que serve para sua conservação; e o homem é assim determinado a fazer essas coisas.

Além disso, entre o apetite e o desejo não há nenhuma diferença, a não ser que o desejo se aplica geralmente aos homens quando têm consciência de seu apetite e por conseguinte, pode ser assim definido: o desejo é o apetite de que se tem consciência. É, portanto, evidente, em virtude de todas estas coisas, que não nos esforçamos por fazer uma coisa que não queremos, não apetecemos e nem desejamos qualquer coisa porque a consideramos boa; mas, ao contrário, julgamos que uma coisa é boa porque tendemos para ela, porque a queremos, a apetecemos e desejamos (ESPINOSA, 1983, p. 182).

Se apetite é desejo, qual a relação de apetite com necessidade? Será a partir da modernidade, com o desenvolvimento da ciência e da sociedade do direito, que desejo e necessidade ganham conformações que se aproximam do que hoje os compreendemos

em suas acepções mais genéricas: a de que *desejo* seja aspiração de satisfação de um apetite que pode ser *adiável*, enquanto necessidade está mais associado à aspiração de satisfação de um apetite vital, que garanta a *sobrevivência*, o básico para sobreviver. O que seria de direito garantir como *prioridade*. E porque não dizer, o que se torna necessidade a partir da manipulação do desejo na incessante captura das criações e recriações das sociedades de mercado. Assim, as duas acepções esvaziam o lado mais ativo da concepção de apetite. Assim,

o desejo não se confunde com a necessidade ou com o apetite vital, sempre dirigidos ao presente, destinados a ser suprimidos pelo consumo imediato do que lhes traz satisfação. A relação com a memória é relação com o tempo e o desejo se constitui como temporalidade, aptidão do sujeito para protelar indefinidamente a satisfação, desligando-se do dado presente, encontrando mediações que o remetem ao ausente e abrindo-se para o que conhecemos como imaginário e simbólico (CHAUI, 1990, p. 25).

No entanto, não é a força das palavras que pesa no momento do sentir e do enfrentar as contingências que o viver nos coloca. No campo da existência, no campo das vivências, no campo das relações intersubjetivas e intercorporais, é o *pathos* que pulsa mais forte. São as emoções e paixões que envolvem o desejo que emergem. Aí, desejo e necessidade se confundem. Emerge toda a força do movimento do apetite. A separação de alguns desejos que se tornam necessidades, por serem mais previsíveis, regulares e fundamentais para a existência, torna-se ineficaz no momento da vivência. A fome nem sempre é a mesma. A sede pode ser a água, pode ser o leite, pode ser o vinho. A necessidade de atenção médica pode não ser a puericultura. Assim, o que era necessidade, previamente esperada, torna-se apetite. Ou melhor, desejo. Estado do corpo, movimento de auto-conservação do qual se tem consciência. Enfim, *desejo como expressão anímica do apetite corporal*.

Intersecção 3: *Conatus, Logos e Pathos*

Neste encontro de *conatus, logos e pathos*, o desejo torna-se apelo à comunicação inter-humana. Institui-se no campo das relações intersubjetivas e intercorporais. “[...] Só se efetua pela mediação de outra subjetividade” (CHAUI, 1990, p. 25). Se contar apenas com as propriedades destas três esferas, a mediação necessária, ou o movimento necessário, para a efetuação do desejo será o que chamamos de *sedução*.

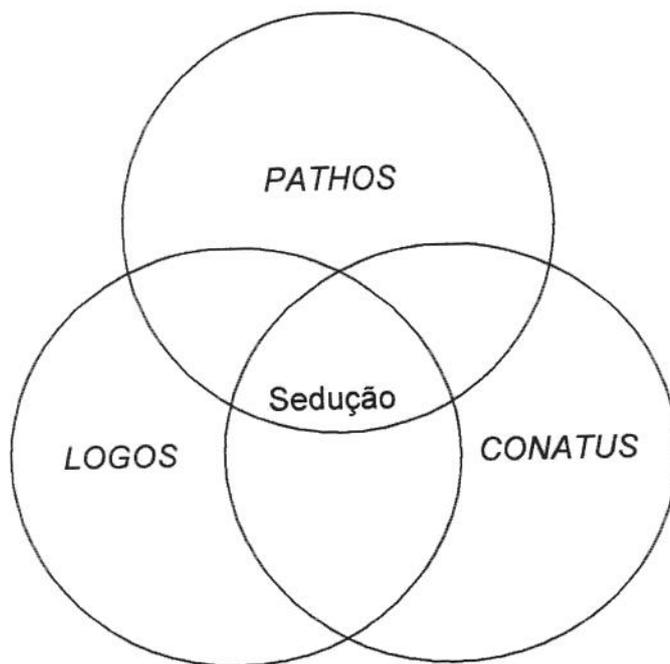


Figura 10: *Intersecção logos-conatus-pathos*

Sedução como movimento comunicativo, na maioria das vezes discursivo, que tem por objetivo persuadir o outro através de todas as qualidades possíveis que possam despertar neste outro interesse, simpatia, desejo, amor, fascínio, magnetismo, podendo chegar aos extremos da capacidade de corromper, ou ainda, perverter. Trata-se de um movimento que procede um encantamento, no sentido de magnetizar, puro desejo de fascinar, tornar-se reconhecido. Reconhecimento de si, como humano, ou sobre-humano

por um outro que também é consciência de si, de sorte que a efetuação do desejo passa pelo desejo de suprimir a outra consciência, submetendo-a à nossa, de tomar posse da consciência alheia para obrigá-la a nos reconhecer como humanos [ou, sobre-humanos], de tal maneira que o desejo de cada um só possa efetivar-se pela mediação de uma perda, isto é, quando o outro perde a liberdade de desejar por si mesmo, desejando apenas que nosso desejo seja satisfeito (CHAUI, 1990, p. 24).

Magnetizar para escravizar pode ser o extremo da sedução. Com a promessa de só induzir o prazer e expulsar a dor, a sedução cativa, captura, fascina. O desejo aqui é persuadir com poucas palavras, sem o esforço de tornar-se compreendido. O desejo, aqui, é adesão irrefletida ao 'meu' desejo, a 'minha' norma, ao 'meu' saber. É atração, como esforço magnético, que cria um campo de conexão entre pólos de diferentes vibrações, ou melhor de vibrações opostas, onde se estabelece um gradiente de tensão entre eles, porém com aparente equilíbrio. Acoplamento sob tensão.

Intersecção 4: *Logos e Pathos*

Na intersecção das propriedades do *Logos* e do *Pathos* emergem a *imaginação* e os *sentimentos* provenientes de emoções. A primeira constitui o campo das imagens que prolongam sensações, percepções, memórias.

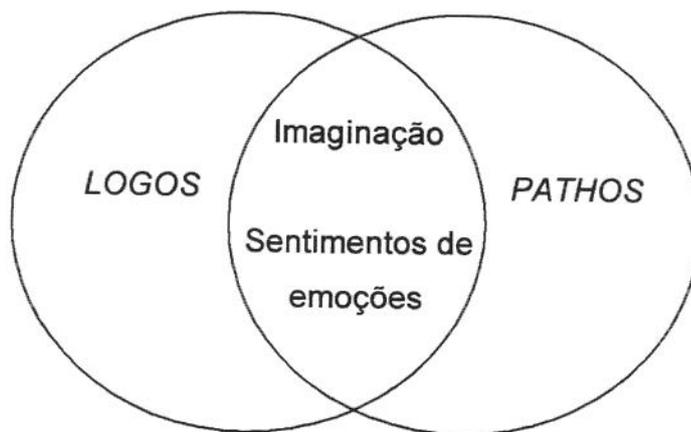


Figura 11: *Intersecção logos-pathos*

A imaginação, como propriedade de evocar imagens anteriormente percebidas do mundo externo e criações do mundo interno (como a evocação que conseguimos realizar de nossos sonhos, por exemplo) possibilita, em direção ao *logos*, o desenvolvimento da memória, assim como o desenvolvimento da linguagem e do pensamento. Em direção ao *pathos*, a imaginação possibilita a reativação de emoções que se colam às imagens conservadas, como também é uma alternativa ao desejo enquanto consciência de um *apetite* que tem que ser adiado.

A imaginação (sensação, percepção, memória, fantasia e linguagem) é esse lugar enigmático onde transcorrem a passividade (do corpo e da alma, receptores da ação externa) e a atividade (do corpo e da alma, fabricantes das imagens internas). É na e pela imaginação que o desejo – *appetitus* e *cupiditas* – realiza seus movimentos, prendendo a alma a seu corpo e seu corpo a sua alma. Enlaçado nas imagens, o desejo enlaça nosso ser à exterioridade (coisas, corpos, os outros), carregando-a para nossa interioridade (sentimentos, emoções) e, simultaneamente, enlaça o interior ao exterior, impregnando este último com os afetos, fazendo todos seres surgirem como desejáveis ou indesejáveis, amáveis ou odiosos, fontes de alegria, tristeza, desprezo, ambição, inveja, esperança ou medo (CHAUI, 1990, p. 49).

Assim como a imaginação através dos movimentos internos do desejo enlaça o interno ao externo, a produção de sentimentos a partir de emoções vivenciadas tanto na relação com o mundo externo e como na relação com as criações do mundo interno, modulam idéias, engendram pensamentos, possibilitam falas, relatos, enunciados e narrativas, em suma, dão forma, cor e dimensões à linguagem. Na realidade o sentimento de uma emoção já é uma imagem construída desta emoção. Trata-se de uma representação da emoção e suas inúmeras reações provocadas no corpo e que podem ser percebidas pela visão, pela pulsação do coração e seu reflexo nos vasos, pela temperatura e excreções da pele e do corpo. Porém, inúmeras outras reações não percebidas tão facilmente, porém sentidas (ou percebidas) internamente, ocorrem simultaneamente.

Um exemplo é a secreção de hormônios como o cortisol, que altera a composição química do meio interno, ou a secreção de peptídeos, como a beta endorfina ou a oxitocina, que influenciam em vários circuitos cerebrais. Outro exemplo é a liberação

de neurotransmissores, como as aminoaminas noradrenalina, serotonina e dopamina. Durante as emoções, neurônios localizados no hipotálamo, no prosencéfalo basal e no tronco cerebral liberam essas substâncias químicas em várias porções [...] do cérebro e, assim, transformam temporariamente o modo de funcionamento de muitos circuitos neurais. Entre as conseqüências típicas do aumento ou da diminuição na liberação desses transmissores inclui-se a sensação de que nossos processos mentais sofreram aceleração ou desaceleração, sem falar na sensação de prazer ou desconforto que permeia a experiência mental. Essas sensações fazem parte de nosso sentimento de uma emoção (DAMÁSIO, 2000b, p. 85).

A relação da emoção, com a razão, tem dois sentidos. Experiências emocionais e sentimentos gerados por estas experiências permitem “acelerar” a razão e são indispensáveis no momento das decisões “racionalis”. Situações como decidir onde investir um dinheiro ou que profissional de saúde procurar, ou ainda, com quem iniciar um relacionamento amoroso, implicam em acionar circuitos de memória emocional que compõe nossa *autopoiese* emocional, que facilitam a decisão. Lembranças associadas à emoção de perda, em investimentos desastrosos anteriores, ou de satisfação com determinado profissional de saúde, ou ainda o sofrimento vivido pela separação de alguém muito próximo, auxiliam eliminar rapidamente uma série de opções e privilegiar outras. Por outro lado, as emoções podem também dificultar pensamentos ou raciocínios.

Quando se está sob forte emoção, seja ela de medo, raiva, ou ansiedade, muitas vezes “simplesmente” perde-se a capacidade de atenção, de pensar ou de raciocinar. Quando estas emoções passam a ser emoções e sentimentos de fundo, pode-se comprometer a capacidade criativa, como também o aprendizado em geral. São exemplos desta situação: o mal desempenho escolar de crianças submetidas a intensas emoções tais como violência, guerras, situações familiares dificultosas, etc; o cansaço e a depressão dificultando uma expressão artística, como a chamada decadência criativa de muitos artistas. No sentido da influência da razão sobre a emoção a situação é mais complicada. A este respeito nos escreve António Damásio:

A onipresença da emoção em nosso desenvolvimento e, subseqüentemente, em nossa experiência cotidiana vincula quase todos os objetos ou situações encontrados em nossa experiência, em virtude do condicionamento, aos valores fundamentais da

regulação homeostática: recompensa e punição, prazer ou dor, aproximação ou afastamento, vantagem ou desvantagem pessoal e inevitavelmente, bem (no sentido de sobrevivência) ou mal (no sentido de morte). Gostemos ou não, essa é a condição humana natural. Mas, quando há consciência, os sentimentos têm seu impacto máximo e os indivíduos também são capazes de refletir e planejar. Têm como controlar a tirania onipresente da emoção: isso se chama razão. Ironicamente, é claro, os mecanismos da razão, ainda requerem a emoção, o que significa que o poder controlador da razão é com frequência modesto (DAMÁSIO, 2000b, p.83)

O vazio desta intersecção poderia ser chamado de *impassibilidade*, qualidade ou estado do sujeito impassível, aquele que não experimenta nenhuma emoção, sentimento ou perturbação, aquele que é imperturbável tanto pelos sentimentos de emoção como pela própria imaginação. Esta impassibilidade é um esforço do *logos* e acaba por atingir o *pathos*. Trata-se da incapacidade de entrar em contato com o *pathos* o que acaba por comprometer a qualidade do *logos*.

Intersecção 5: *Logos* e *êthos*

Aqui, configuram-se duas propriedades da subjetividade humana, entre inúmeras desta Intersecção, que se destacam nas relações intersubjetivas em geral. Constituem-se a partir da linguagem, daí sua origem parcial no *logos*, porém são elementos de forte influência na constituição do *êthos*. São eles os *juízos* e *preconceitos*.

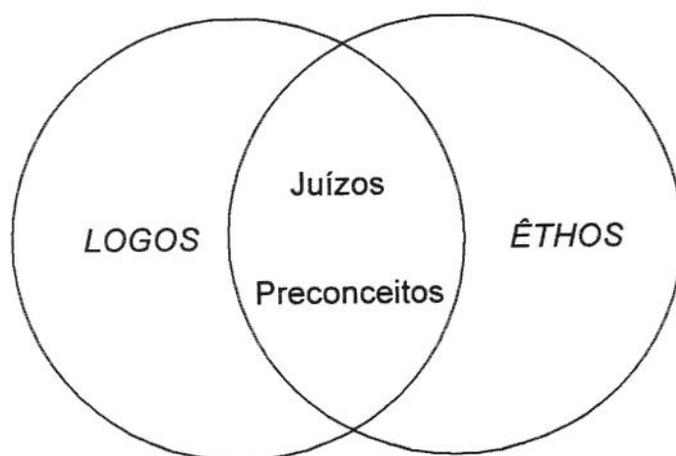


Figura 12: *Intersecção logos-êthos*

Para Espinosa,

O conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a afecção de alegria ou de tristeza, na medida em que temos consciência dela. [...] Chamamos bem ou mal àquilo que nos é útil ou prejudicial à conservação do nosso ser, isto é, o que aumenta ou diminui, favorece ou entrava a nossa potência de agir. E assim, na medida em que, percebemos que uma coisa qualquer nos afeta de alegria ou tristeza, chamamo-la boa ou má, e, por conseguinte, o conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a idéia de alegria e de tristeza que resulta necessariamente da afecção de alegria e tristeza, mas esta idéia está unida à afecção da mesma maneira que a alma está unida ao corpo, isto é, esta idéia não se distingue, de fato, da própria afecção do corpo a não ser tão somente pelo conceito; logo, este conhecimento do bem e do mal não é outra coisa senão a própria afecção, na medida em que dela temos consciência. (ESPINOSA, 1983, p. 232)

Portanto o *juízo* que fazemos de tudo que nos afeta é razão entre a *emoção* provocada e a consciência de sua potencialidade para a nossa conservação na existência, seja este tudo tanto as coisas, experiências, ou situações provenientes de nossa relação com o mundo exterior, como as imagens, sentimentos, lembranças e pensamentos vivenciados no domínio interior de nossa subjetividade. O conceito, que emerge desta razão, é o valor que atribuímos à tudo que nos afeta.

Entretanto, muitas coisas que nos afetam já carregam em si valores, que dificultam a razão da emoção e a consciência de sua potência com relação a nosso próprio perseverar na existência, ou seja, com a nossa potência *de ser, agir e viver, isto é, existir em ato*. Trata-se de valores agregados que constituem conceitos, que na realidade são *preconceitos*, pois antecedem a experiência singular de nosso corpo vibrátil com a determinada coisa. São ultrageneralizações, estereótipos e esquemas já elaborados de pensamento que, em algum momento, fizeram algum sentido. Tiveram razão de ser na nossa emoção, que nos fizeram crer que poderiam potencializar nossa existência, dado o provisório dos juízos que elaboramos no instante da experiência. A fixação desta razão em prol da ultrageneralização e em detrimento da singularidade do viver é que efetua o preconceito no ser e no agir.

Por outro lado, será nessa Intersecção que o desejo, tanto como *appetitus* como *cupiditas*, ganha sentido de ação. Ou melhor é aqui, no momento do exercício dos juízos (mesmo que sujeitos aos preconceitos), no momento da decisão, que *as paixões alegres e desejanter nascidas da alegria transformam-se em ações de que somos causa*. No entanto não são os juízos que transformam os desejos e as paixões, mas sim porque os realizamos que os julgamos. Assim, “*não desejamos nem fazemos as coisas porque as julgamos boas, belas e justas, mas porque as desejamos e as fazemos assim as julgamos. O juízo não determina o desejo, é determinado por ele.*” (CHAUI, 1990, p. 61)

Passar de sujeito desejoso, a sujeito desejanter, da passividade a atividade, implica em tomada de consciência dos apetites para desencadearmos as ações que os vivifiquem. Esta tomada de consciência que media pulsão e ação, transforma-se em *virtude* quando se dá instantaneamente, na forma de intuição. Como nos aponta Francisco VARELA (1995), pode-se dizer que uma pessoa é sábia (ou virtuosa), quando “*conhece o que é bem e o põe espontaneamente em prática*”. Reformulando esta proposição com a contribuição de Espinosa, uma pessoa é sábia e livre porque compreende a singularidade do desejo como causa eficiente da ação humana. Exercer a razão é agir e “*essa ação, que Espinosa denomina amor intelectual, é o mais forte dos afetos ativos.*” (CHAUI, 1990, p.63)

Quando nossos juízos se prendem aos preconceitos ultrageneralizantes para lidar com as singularidades das situações, perde-se a possibilidade da autonomia, fica-se preso ao ponto de vista do outro. A atitude perante o mundo é de passividade. Por outro lado,

[...] é ativo e virtuoso aquele que controla interiormente seus impulsos, suas inclinações e suas paixões, discute consigo mesmo e com os outros o sentido dos valores e dos fins estabelecidos, indaga se devem e como devem ser respeitados ou transgredidos por outros valores e fins superiores aos existentes, avalia sua capacidade para dar a si mesmo as regras de conduta, consulta sua razão e sua vontade antes de agir, tem consideração pelos outros sem subordinar-se nem submeter-se cegamente a eles, responde pelo que faz, julga suas próprias intenções e

recusa a violência contra si e contra os outros. Numa palavra é **autônomo** (CHAUI, 1994, 338).

Intersecção 6: *Logos, Conatus e Êthos*

No encontro destas três esferas de propriedades, destaca-se uma, que por excluir a possibilidade do *pathos* e da *empatia*, se distancia também da possibilidade de autonomia e confere ao desejo a ação da *persuasão*.

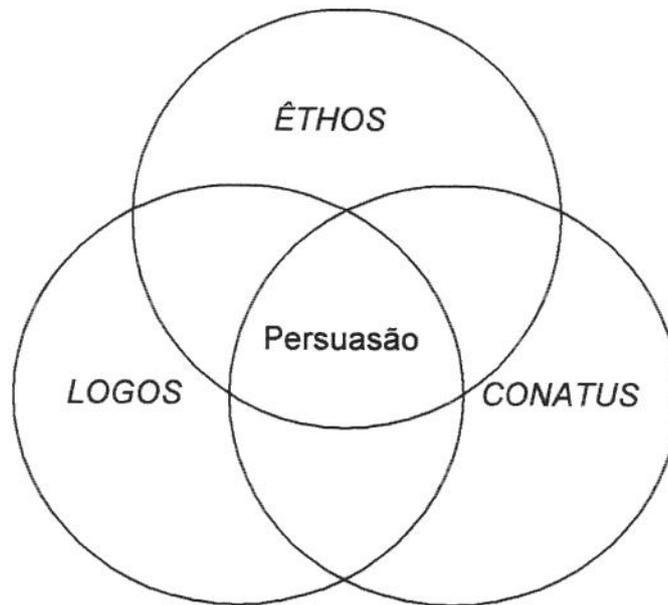


Figura 13: *Intersecção logos-conatus-êthos*

Neste espaço o desejo (proveniente do *conatus*) articula-se com a retórica do discurso (*logos*), prendendo-se totalmente as imagens elaboradas pelos juízos e preconceitos (*logos/êthos*). Através da convicção no discurso, o atuar dirige-se ao ato de convencer o outro pela razão do discurso para superar as pressões do desejo que se insinua pelas emoções, sentimentos e paixões. Como o desejo dificilmente é superado apenas pela razão, este discurso se impõe como norma a respeito do certo e do errado. Institui um deve ser, uma *heteronomia*.

Fruto da imaginação, o desejo não pode ser vencido pela razão: “Vejo o melhor e o aprovo, mas sigo o pior”, dizem os versos de Ovídio. No entanto a razão pode persuadi-lo, oferecendo-lhe novos objetos de satisfação ou substituindo por outro. À razão, cabe a astúcia industriosa e prudente de tornar vantajoso o que parece contrário e adverso, calculando a força dos desejos, obrigando-os a combater entre si, atormentando-os para que o mais fraco seja vencido pelo mais forte, proposto pela inteligência à persuasão (CHAUI, 1990, p. 43).

Esta é uma das principais estratégias de inúmeras ações desejanteres que, por não se perceberem *persuasivas* em demasia, acabam muitas vezes fracassando ou se frustrando.

Intersecção 7: *Êthos* e *Pathos*

No encontro das propriedades do *êthos* e do *pathos* configuram-se duas emoções fundamentais nos processos intersubjetivos: o amor e o ódio. Do *pathos* recebem a força da emoção, como disposição corporal que irá definir determinados domínios de ação, dos sentimentos, onde ganhará a força das imagens e da memória (e a saudade, irá compor dupla com o amor) e das paixões tão necessárias para vivificar o amor e também o ódio.

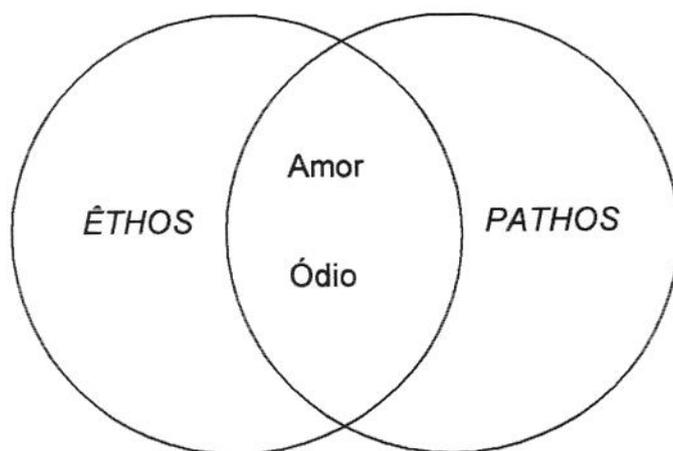


Figura 14: *intersecção êthos-pathos*

Para ESPINOSA (1983) amor e ódio são afecções do corpo. Afecções geradas no corpo, “*pelas quais a potência de agir deste corpo é aumentada [se acompanhada de alegria] ou diminuída [se acompanhada de tristeza], favorecida ou entravada*”, acompanhadas pelas idéias que formamos a respeito delas próprias. São, portanto, experiência corporal de mudanças que provocam diferentes disposições para o agir, acompanhadas da consciência instantânea destas mudanças. Assim, especificamente:

O amor (Amor) é a alegria acompanhada da idéia de uma causa exterior.

O ódio (Odium) é a tristeza acompanhada da idéia de uma causa exterior.

Espinosa nos oferece a chave para a compreensão da essência do *amor*. Amor é alegria, afecção do corpo, acompanhada da idéia que se faz dela, que aumenta a sua potência de agir. Uma das principais propriedades do amor, segundo vários autores, é a *vontade do amante de se unir à coisa amada*. Espinosa não rechaça esta propriedade mas a enuncia de outra maneira; entendendo esta vontade como “*o contentamento íntimo que se produz no amante por causa da presença da coisa amada, contentamento pelo qual a alegria do amante é fortificada ou ao menos alimentada*”. (ESPINOSA, 1983, p. 213).

Amar é pura emoção de contentamento pela simples presença do outro, é sentimento de alegria que potencializa o desejo do amante ao querer tudo o que seja bom para o amado. É paixão quando o amante regozija-se com as alegrias do outro e sofre com suas tristezas. Este sentimento e esta paixão se potencializam quando ao mesmo tempo se sente reciprocidade neste desejo.

Ou seja, amar exige esforço de passagem de uma posição de egoísmo para uma posição de altruísmo. O que não significa abandonar a posição egóica, mas incluir o outro nesta posição, compondo com ele um dualismo, que ao mesmo tempo potencializa a potência de agir dos dois.

O milagre do amor é justamente não abolir o ser-para-si nem do eu nem do tu, fazer dele inclusive a condição que permite essa supressão da distância, esse fechar-se egoísta em si mesmo do querer-viver. Isso é algo totalmente irracional, que se subtrai à lógica das categorias habitualmente válidas (SIMMEL, 1993, p.117).

Este esforço ilógico, de difícil apreensão, traduz-se em processo dinâmico e na medida que se constitui implica em flutuações de emoções. Implica em constituir convivência, cheia de afeto, sensualidade, raivas e contradições.

Com relação às flutuações, pode-se dizer que o ódio não é a negação do amor e que muitas vezes pode-se odiar a coisa amada. Espinosa chama este estado ambíguo de *flutuação da alma*.

Se imaginarmos que uma coisa, que habitualmente nos faz experimentar uma afecção de tristeza, tem qualquer traço de semelhança com outra que habitualmente nos faz experimentar uma afecção de alegria igualmente grande, odiá-la-emos e amá-la-emos ao mesmo tempo (ESPINOSA, 1983, p. 186).

O estado afetivo que se opõe ao amor e, por conseguinte também ao ódio, e que significaria o vazio desta intersecção é a *indiferença*. Isto porque amar implica em tolerância, implica em convivência com o todo fluir do outro.

Considerar amor e ódio termos exatamente opostos, como se bastasse atribuir a um deles o sinal inverso para obter o outro, é um erro total. Esse erro decorre simplesmente do fato de que algumas conseqüências práticas exteriores de um aparecem exatamente como o contrário das do outro; mas tampouco esse fenômeno é muito preciso. [...] Do mesmo modo, o fato de que o amor se transforme com bastante freqüência em ódio nada prova a favor de uma correlação lógica. O contrário de amor é a ausência de amor, isto é, a indiferença (SIMMEL, 1993, p. 213).

Portanto, amar implica em convivência e convivência implica em esforço de aceitação do outro como outro que também ama e também pode apresentar flutuações em sua alma e no seu amor. Assim,

O amor é a emoção que constitui o domínio de ações em que nossas interações recorrentes com o outro fazem do outro um legítimo outro. As interações recorrentes no amor ampliam e estabilizam a convivência; as interações recorrentes na agressão interferem e rompem a convivência (MATURANA, 1998, p. 22).

Para este autor, é o amor que fundamenta todo o processo de hominização de nossa espécie. A linguagem humana só se tornou possível porque os homens precisaram de instrumentos refinados de ação para garantir esta emoção, que tanto os alegra, e que tanto os faz sentir potentes para agir. Foi a necessidade de criar consenso, que refinou nossos processos comunicativos. E, assim de coordenações consensuais de conduta que necessitaram ser transmitidas de gerações em gerações, necessitou linguagem.

Em suma, penso também que o modo de vida no qual surgem as coordenações consensuais de conduta de coordenações consensuais de conduta na intimidade da convivência, na sensualidade e no compartilhar, dando assim origem à linguagem, pertence à história de nossa linhagem há pelo menos 3,5 milhões de anos. E digo isso levando em conta o grau de envolvimento anatômico e funcional que nosso cérebro tem com a linguagem oral (MATURANA, 1998, p. 22).

Para que haja história das interações recorrentes entre os homens, tem que haver uma emoção que as engendrem. Para Humberto MATURANA e Francisco VARELA (2001), esta emoção é o amor. Assim temos a base da maioria das relações inter-humanas, ou pelo menos aquelas que chamamos de sociais, pois a sociedade é parte de nosso *conatus* como instinto, desejo e necessidade de reconhecimento e de agregação. Sociedade só se faz possível através de incessante recorrência de coordenações consensuais de condutas, agenciamentos externos de subjetividades internas, produzindo subjetividades extra-psíquicas. Não quero dizer com isto que amor seja instinto ou *conatus*. Se assim pensasse, o espaço do amor seria outro e não a intersecção *ethos/pathos*. Considero-a emoção vital, pois é *alegria acompanhada da idéia de causa exterior*, e função imanente, oriunda da *identidade natural do ser, que através da ação virtuosa atualiza suas disposições e ações*, ou seja, do *êthos*. Com outras palavras Georg SIMMEL (1993), acredito eu, compartilha desta idéia:

Parece-me da mais alta importância reconhecer o amor como uma função imanente, diria eu formativa da vida psíquica, também ela se atualizando seguramente a partir de uma incitação do mundo, mas nada determinando de saída quanto aos portadores dessa incitação. Este sentimento está mais completamente ligado à unidade que

engloba a vida do que muitos outros, talvez a maioria dos outros. A maioria de nossos sentimentos de prazer e dor, de veneração e desprezo, de temor e de interesse, nascem e vivem numa distância bastante grande do ponto em que se unem às correntes da vida subjetiva ou, antes, do centro onde elas brotam. Mesmo quando “amamos” um objeto inanimado em vez de qualificá-lo de útil, agradável ou belo, pensamos nessa sensação central, de intensidade variabilíssima, é claro, que ela deflagra em nós, [...] (SIMMEL, 1993, p. 126).

Intersecção 8: *Êthos, Conatus e Pathos*

Chegamos a uma terceira Intersecção de três esferas, onde se destaca uma outra propriedade muito presente e muito requerida nas relações intersubjetivas. Trata-se da afecção de *compaixão*. Proponho aqui partir da reflexão de Espinosa a seu respeito para em seguida nos aproximarmos a de Francisco Varela.

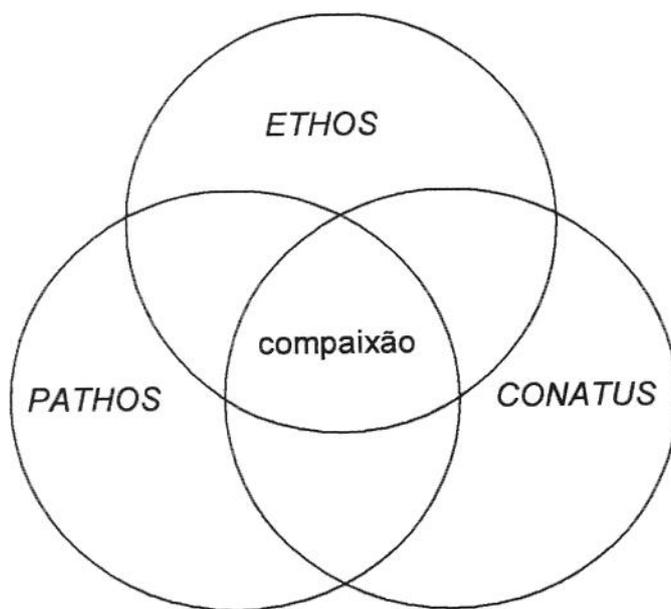


Figura 15: *Intersecção pathos-conatus-êthos*

Para Espinosa, segundo sua proposição 21 da parte III da Ética,

Aquele que imagina aquilo que ama afetado de alegria ou de tristeza será igualmente afetado de alegria ou de tristeza; e ambas afecções serão maiores ou menores naquele que ama, conforme o forem na coisa amada.

E a partir dela explica, em escólio, o que entende que *comiseração* é

a tristeza nascida do desgosto de outrem (ESPINOSA, 1983, p. 188).

Já na proposição 27 e em seu escólio, da mesma parte da Ética, escreve:

Se imaginarmos que uma coisa semelhante a nós, e pela qual não experimentamos qualquer afecção, é afetada de uma afecção qualquer, apenas por este fato somos afetados de uma afecção semelhante. [...] Esta imitação das afecções, quando se refere à tristeza chama-se *comiseração* [...] (ESPINOSA, 1983, pp. 190-1).

E, nas definições das afecções, escreve:

A *comiseração* (*Commiseratio*) é a tristeza acompanhada da idéia de um mal acontecido a um outro que imaginamos semelhante a nós (ESPINOSA, 1983, p. 215).

Admite na proposição 47, da mesma parte:

A alegria que nasce do fato de imaginarmos que a coisa que odiamos é destruída por qualquer outro mal, não nasce sem uma certa tristeza da alma (ESPINOSA, 1983, p. 203).

Mesmo quando odiamos algo ou alguém que julgamos semelhante a nós, por ele sentimos compaixão, ou seja, tristeza, quando simplesmente imaginamos sua destruição. Ou seja, esta afecção é muito potente e por isto mesmo é fonte e, também estratégia de muitas das relações intersubjetivas. Entretanto, Espinosa conclui na proposição 50, na sua demonstração e no seu corolário, da parte IV da Ética:

A compaixão, no homem que vive sob a direção da Razão, por si mesma é má e inútil. [...] A compaixão com efeito é uma tristeza; e, por conseguinte é, por si mesma, má. Quanto ao bem que dela resulta, a saber: nós nos esforçamo-nos por libertar da

miséria um homem que nos causa pena, desejamos fazê-lo só em virtude do ditame da Razão; aliás, não podemos fazer nada que saibamos com certeza ser bom, a não ser em virtude da Razão; e, por conseguinte, a compaixão no homem que vive sob a direção da Razão, é por si mesma má e inútil. [...] Daqui se segue que o homem, que vive segundo o ditame da Razão, se esforça quanto pode por conseguir não ser tocado pela compaixão (ESPINOSA, 1983, p. 254).

Este esforço da Razão, por conseguir não ser tocado pela compaixão só encontra solução na ação dirigida pela própria razão. A indignação por si não basta. O favor mesmo que nascendo da Razão, ou estando de acordo com ela não é suficiente para afastar aquele que o pratica não ser tocado pela compaixão. A virtude do homem livre (aquele que se guia pela Razão, segundo Espinosa) “*revela-se tão grande quando evita como quando supera os perigos*”. Prender-se a compaixão é um deles. Tanto o evitar como o superar este perigo só encontra uma saída: na *honestidade* consigo mesmo. Assim, nos escreve Espinosa na proposição 37 e em seu escólio, da *Ética IV*:

O bem que cada um que segue a virtude deseja para si, desejá-lo-á também para os outros homens. [...] O que se esforça por conduzir os outros segundo a Razão não age impulsivamente, mas com humanidade e doçura, e está plenamente de acordo consigo mesmo. [...] Ao desejo que leva o homem, que vive sob a direção da Razão, a unir-se aos outros pela amizade, chamo-lhe honestidade, e chamo honesto àquilo que os homens, que vivem sob a direção da Razão, louvam, e, ao contrário, torpe ao que repugna à conciliação da amizade (ESPINOSA, 1983, p. 246).

Ao atribuir a *honestidade* à qualidade de desejo de unir-se aos outros pela amizade, Espinosa nos aponta onde está a chave para se livrar da impotência que nos gera a compaixão. Encontra-se exatamente onde está a certeza das ações entre os verdadeiramente, ou melhor, honestamente amigos, ou seja, na *confiança* nas *intenções*, *juízos* e *disposições* do amigo. Toda ação que inspira esta confiança é honesta e, assim, evita ou supera os perigos da compaixão.

A compaixão da qual nos apresenta Francisco VARELA (1995), a partir de sua reflexão a respeito da vacuidade do Self das práticas meditativas budistas, nada mais é que constatação a partir da *consciência intuitiva* em cada instante da vida

(*mindfulness/awareness*) de que não existem fundamentos para as ações éticas. Não existem fundamentos morais ou intencionais para uma ação ética. A *plena compreensão* desta ausência de fundamentos é traduzida como algo muito próximo do que chamamos *compaixão*.

Este estado primitivo não é diferente do mundo ordinário; é justamente o mesmo mundo de todos os dias, condicionado, instável, doloroso, sem fundamentos, vivido (conhecido) como estado supremo incondicionado. E a manifestação natural, a corporificação deste estado é *karuna*, compaixão incondicionada, impávida, “inexorável”, espontânea. [...] A possibilidade de se preocupar pelos outros, presente em todos os seres humanos, encontra-se habitualmente junto do sentido de ego e confunde-se assim com a necessidade de satisfazer as próprias aspirações de reconhecimento e auto-estima [...]. Aqui pelo contrário, estou a referir-me aos atos espontâneos de quando não se está implicado nos esquemas habituais, de quando não se exigem ações voluntárias na base dos esquemas habituais adquiridos, em suma, ações que corporificam e exprimem a realização da vaidade do Si mesmo [Self] numa manifestação não dual de sujeito e objeto (VARELA, 1995, p. 72-3).

Trata-se do estatuto ético do inconsciente, o saber fazer do inconsciente, a aceitação como inclusão do outro como legítimo outro, a certeza das intenções, juízos e intenções que oferecemos ao amigo. Quando a energia da compaixão torna-se cotidiano, incorpora-se em nossas ações, aproximamo-nos de uma Inteligência, ou Sabedoria, muito próxima do que nos propõe Espinosa na parte V da *Ética* ao se referir a um terceiro gênero de conhecimento. Tentaremos nos aproximar deste conceito a seguir.

Intersecção 9: Êthos, Logos e Pathos

Enfim chegamos a última das intersecções e a quarta envolvendo 3 esferas. Como nas 3 anteriores, esta refere-se a uma propriedade muito importante para as relações intersubjetivas, em especial para as ações comunicativas afetivas, portanto para as estratégias de vínculo.

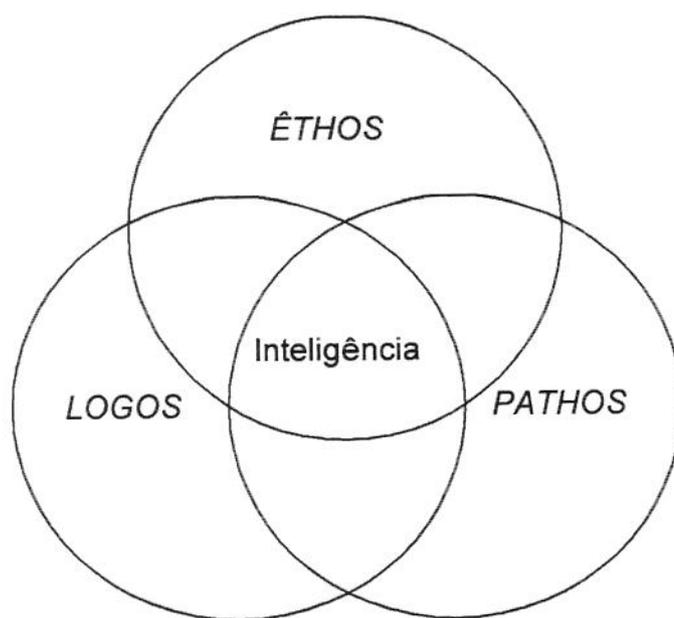


Figura 16: *Intersecção logos-êthos-pathos*

Trata-se de um modo de pensar a essência do corpo vibrátil como eterno. Tal modo de pensar que, em realidade é muito mais uma forma de se conectar com o mundo e com o cosmo, equivale àquela certeza que temos quando nos sentimos e experimentamos que somos eternos, embora vivamos também a dimensão finita. Segundo Espinosa, estes sentimentos e experiências ocorrem quando de fato adquirimos a *compreensão* das coisas e situações singulares. A intuição que nos faz compreender as mais complexas idéias, as mais terríveis situações, o sentido de nossos sonhos, o significado de nossas paixões, o significante de nosso agir. Marilena CHAUI (1990) nos ajuda compreender o que aqui estamos designando de *inteligência*, ou *consciência intuitiva*, ou *capacidade de compreender*, ou como Espinosa nos diria o *amor intelectual*.

Se o trabalho do pensamento for experimentado por nós como ação e como afeto, será mais forte do que o afeto de uma forte paixão carente de pensamento. Ora, conhecer sendo a virtude própria da alma, exercer a razão é para a alma, agir é essa ação, que Espinosa denomina amor intelectual, é o mais forte dos afetos ativos. Se desejar saber for sentido por nós como alegria e amor intelectual e se ignorar for por nós experimentado como fraqueza e tristeza, a razão iniciará seu percurso no interior do desejo. Levantar o véu das imagens rumo às idéias é o ato inaugural com que a

alma se torna capaz de compreender que o desejo tem nos outros (humanos e coisas) apenas ocasião, mas como causa nosso esforço por perseverar na existência e que, portanto, o desejo se origina em nós e parte de nós rumo aos outros e às coisas. Esse conhecimento é liberação. Não deixamos de desejar: simplesmente, sabemos porque desejamos. Assim, a passagem da paixão desejosa à ação desejante começa quando a alma se torna apta a interpretar por si mesma o sentido de nossos desejos, suas causas e seus efeitos, sabendo doravante, que somos nós a causa desejante que institui o desejado (CHAUI, 1990, p. 63).

Destas intersecções pudemos construir relações e conceitos, que nos serão muito úteis no prosseguir o percurso desta tese. Do todo que esta parte nos ofereceu, gostaria de destacar as quatro intersecções de três esferas, que lançam as propriedades fundamentais presentes nas relações intersubjetivas. São elas: a Sedução, a Persuasão, a Compaixão e a Inteligência intuitiva. Em nossas relações com o mundo e em especial com as outras pessoas, lançamos mão quase sempre de algumas delas. Todas são legítimas e, por si, não são boas nem más. O sentido que tomam é que as definirão assim. Entretanto, guardam uma relação com a ética que vai além do sentido de sua utilização. Trata-se da relação com o saber fazer instantâneo do que é o bem. *O saber fazer a coisa certa*. E aí guardam maior perfeição com este saber numa escala crescente da sedução para a inteligência intuitiva.

Em conexão: entre fluxos e contra-fluxos subjetivos

“O que quer dizer amar alguém? É sempre apreendê-lo numa massa, extraí-lo de um grupo, mesmo restrito, do qual ele participa, mesmo que por sua família ou por outra coisa; e depois buscar suas próprias matilhas, as multiplicidades que ele encerra e que são talvez de uma natureza diversa. Ligá-las às minhas, fazê-las penetrar nas minhas e penetrar às suas.”

(DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix, 1995, p. 49)

12 de março de 2002.

Estou saindo de um shopping center, onde estive por duas horas numa confortável sala de cinema assistindo um filme nada confortável: *A cidade está tranqüila*¹⁰. Apesar do título chamando atenção para o sentimento de tranqüilidade, o filme nos coloca em contato direto com os conflitos que nos afetam a todos, de uma forma ou de outra, neste cotidiano de recém novo milênio. O que choca, entretanto, não é o contato direto com a realidade nua e crua do sofrimento, da solidão, da dor, da dependência química, do descuido, do vazio suplantando o desejo, das marcas do passado, do preconceito, do conflito ricos e pobres, do neofacismo, da seqüela da dor e da deficiência, dos riscos, do suicídio, do matar e da morte. O que choca é o movimento tranqüilo da cidade: o trânsito que flui apesar de tudo, o som do vento nas folhas das árvores, o canto dos pássaros constante. Aberta as portas dos lares, recebe-se o soco do conflito. Mais que isto, a impotência do isolamento no reduto familiar, gerador de estratégias inconscientes para se livrar de problemas. Perde o sentido ditado de que o mal vem para o bem, para ganhar espaço o bem que vem para o mal. Puro jogo da ética, puro *êthos* entranhado com o esforço para se perseverar na existência. Entre *êthos* e *conatus*, vibram palavras, pensamentos, sentimentos e emoções.

¹⁰ *A cidade está tranqüila* = *La ville est tranquille*. França, 2001. Direção: Robert Guédiguian. Roteiro: Jean-Louis Milési e Robert Guédiguian. Direção de produção: Malek Hamzaoui. Direção de fotografia: Bernard Cavalié. Elenco: Ariane Ascaride, Véronique Balme, Jacques Boudet, Jacques Piellier, Cristine Brücher e Pierre Banderet. Distribuidora: Incovision.

Tomado de todos estes sentimentos, percebo meu corpo deslocando-se naquele espaço insípido e ao mesmo tempo tentador para uma captura. Sinto o espaço como se estivesse no primeiro mundo. Políticos me entram na cabeça. Vem-me a dúvida e ao mesmo tempo o desejo de acreditar que este é o caminho para o terceiro mundo. Deixar-se capturar pelo projeto de globalização neoliberal, que vai dar aonde: em espaços tranqüilos como este... Pego o carro e saio do estacionamento europeizado subterrâneo. Por sorte, dou de cara com uma cidade em convulsão. Sem perceber agradeço estar preso no tráfego. Posso manter-me conectado aos fluxos e contra-fluxos subjetivos. Posso perceber meu acoplamento estrutural, e todos os agenciamentos possíveis. Desde meu estado de ânimo oscilando entre a tranqüilidade externalizada e o desassossego interior. Só posso conectar-me ao sensível. Estar atento aos movimentos: meus e dos outros. Deixar fluir emoções, sentimentos, pensamentos. A lerteza do trânsito facilita. Estou de cara com um *outdoor* apresentando uma propaganda de um plano de saúde. Sua chamada refere-se ao direito que se deve dar ao acesso individual e familiar a verdadeira medicina: você e sua família merecem Medicina de qualidade. Uma enorme foto de um médico com trajes de centro cirúrgico, com máscara e tudo carregando um bebê no colo.

Percebo que alguém coloca sobre o retrovisor esquerdo do carro, um saco plástico envolvendo balas, chicletes e um recado: “estou desempregado e esta foi a maneira que encontrei para conseguir sobreviver; por favor contribua; R\$1,00”. Observo que o mesmo rapaz percorre colocando o mesmo tipo de material na fila de carros atrás de mim. Está sincronizado com o movimento de luzes do semáforo. Profissionalização da esmola. Não consigo deixar de comprar. Esta será minha boa ação do dia. Muito boa, adoro estas balas. Percebo o olhar de agradecimento. Nesta rodada somente eu fui “generoso”. Fui sim, porque não? Faço o ridículo cálculo de que se fizer este gesto todos os dias gastarei cerca de R\$ 25,00 ao mês que corresponde a tantos % de meu salário, desta forma não sairei do cheque especial. Que pena transitória de mim. Sigo. Na próxima esquina novo semáforo, novas balinhas. Posso até tentar ignorá-los. Desta vez é uma mulher correndo com um bebê no colo, para comover ainda mais. Boa escapada: pensar nos políticos eleitos que pouco fazem pelo social. Desta vez o olhar que recebo é de raiva: mostro meu saquinho que acabei de comprar no semáforo passado. Não muda

o sentimento, mas esboça-se um discreto sorriso em seu rosto de olhar aflito. Só há tempo para recolher o que não foi aceito. Minha audição é despertada pelo buzinaço atrás de mim, chamando minha atenção. Abriu o sinal. Tempo de partir e pegar a via expressa, onde a sincronia esperada e obrigatória é a velocidade.

Passo a sentir-me segmento de uma infinita centopéia que se desliza pela via expressa. Ouvidos despertos: ligo o rádio. Noticiário do final de tarde. Notícias de novo ato terrorista em Jerusalém: outro homem bomba destroça uma lanchonete, matando mais três pessoas e ferindo mais 16. Coloco um CD para me livrar da tragédia. Perco a audição para mergulhar na possível emoção que sentiria um homem prestes a se destruir. De repente, faz sentido a expressão: "ódio correndo nas veias". Volto a sentir a raiva travestida de tranquilidade que sentia antes de ir ao cinema. Tomo consciência do porque escolhi aquele filme. Minha raiva de emoção e sentimento é sentida como representação. Embora ainda não deixe de ser paixão, deixa de ser sentida e, assim, perde sentido. E me percebo vivo, integrado. Posso permitir a meu corpo vibrar ao som da música que toca no CD. Percebo a sensualidade de sua letra vibrar em meu corpo, em minha traquéia. Sem querer estou cantando, pelo menos até que um semáforo imobilize novamente meu piloto automático. Que bom contar com ele...

Da Subjetividade constituída ao Acoplamento estrutural

É particularmente na expressão facial que se exprime a incessante disposição do homem para a metamorfose. De todas as criaturas, ele é, de longe, a que possui o mais rico jogo fisionômico; dele é também a vida mais rica em metamorfoses.

(CANETTI, Elias, 1995, p. 374)

Constituído o corpo vibrátil, temos uma pessoa. Uma *persona*. Já podemos nos dar conta da origem da palavra pessoa. Do latim *persona* que significa máscara (de teatro). E daí seus sentidos secundários: papel, função, atuação, individualidade, personalidade, caráter. Entre os múltiplos fluxos subjetivos aos quais estamos acoplados, vamos criando e recriando nossas máscaras, nossos papéis, nossas atuações, nossas metamorfoses. Será o “teatro” da vida, nesse jogo de múltiplas situações recorrentes e de múltiplas ciladas e contingências que nossas atuações serão testadas, reajustadas, aprovadas, reprovadas, criadas e recriadas, improvisadas. Antes de penetrarmos nestes fluxos, para dentre eles destacar o fluxo subjetivo da relação médico-paciente, faz-se necessário, compreender um pouco mais a respeito do processo de incorporação da subjetividade.

Para Espinosa, todas as propriedades de nossa subjetividade, assim como toda sua dinâmica interna, seus agenciamentos internos, são produtos da consciência ou das idéias que fazemos de nossa matéria, nossos movimentos, sensações, emoções, desejos, decisões e das idéias que formamos de tudo isso. Para ele não há alma [*mens*] ou uma mente a ser incorporada. Não há a dualidade mente e corpo.

Precisa Espinosa: ela [a alma] é idéia das afecções corporais. Em outras palavras, é consciência dos movimentos, das mudanças, das ações e reações de seu corpo na relação com outros corpos, das mudanças no equilíbrio interno de seu corpo sob a ação das causas externas. A alma é consciência da vida de seu corpo e consciência de ser consciente disso. Deixa de existir, portanto, o problema metafísico da união

entre a alma e o corpo: é da essência da alma, por ser atividade pensante (ou numa linguagem anacrônica, atividade consciente), estar ligada ao seu objeto de pensamento, o corpo. Melhor, à vida do seu objeto. Como demonstra na proposição 23, a alma só tem consciência de si por meio da consciência das modificações, dos movimentos, da vida ou das afecções de seu corpo (CHAUI, 1995, pp. 115 - 6)

Ou seja, consciência é estar em contato consigo através das idéias que formamos das modificações, dos movimentos, da vida ou das afecções de seu corpo. Este contato é produção de subjetividade. Pura cognição. Resgate constante do Eu atento, a consciência central, o *self* e seu corpo. Da existência concreta deste self e de seu oposto, a sua vacuidade, ou seja, do ser e do nada, é que percebemos o vibrar indelével de um *viver-morrer* singular, que adquire no tempo linear do nascimento à morte a experiência ampliada de vibração (e quiçá a consciência) do *conatus*, do *pathos*, *logos* e *êthos* simultaneamente. A experiência do self no entanto, requer a experiência com o outro e é a partir deste vibrar singular e do desejo de constituir-se de forma ampliada com o mundo, ou seja do desejo de contato com o outro é que o Eu ganha sentido, pode construir sintonias, ressonâncias de vibrações, comunicação sutil, empatias, virtudes, êthos, vínculo.

Enação

O *saber-fazer* (*know-how*) como capacidade de confronto imediato, percepção-ação instantânea, é o que Varela chama de *competência ética*. Esta competência se constitui a partir da *experiência* do ser no mundo, em seu processo autopoiético, na autonomia como sujeito em processo cognitivo, que indissocia a produção do saber da prática da ação, a *poiesis* da *práxis*. Este processo cognitivo recebe de Varela um nome difícil de ser traduzido, mas como um neologismo, podemos traduzí-lo como *enacção*¹¹. Autores como Jean Piaget já haviam introduzido esta idéia de que a cognição, inclusive em suas expressões mais complexas, funda-se na atividade global e concreta de todo o

¹¹ *Enação* = neologismo oriundo do termo inglês *enaction*, derivado do verbo *to enact*, que significa representar, por em ato, atuar, efetivar.

organismo, ou seja, na *conexão sensório-motora*, funda-se na *atuação* afetivada, sentida que gera ações, movimentos do corpo, nem que seja para mantê-lo paralizado.

O mundo não é algo que nos é “dado”, mas é alguma coisa em que temos parte graças ao modo como nos movemos, tocamos, respiramos e comemos. Eis o que chamo cognição como *enacção*, partindo das conotações semânticas do termo “*enacção*” que sugerem o fazer emergir mediante a manipulação concreta (VARELA, 1995, p. 18).

A vida se desenrola na seqüência cotidiana de situações de imediaticidade. Agimos sempre nesta esfera. Ao mesmo tempo que, estou aqui pensando em como sintonizar minhas idéias com as de Francisco Varela, enfrento o imediato de minhas limitações para digitar um texto. Estou diante do computador há algumas horas e sinto que produzi pouco para o que necessito. Já é hora de jantar e estou com fome e não sei se terei que preparar algo para comer. Estou preocupado com as trovoadas, que podem me impedir de prosseguir nestas tarefas. Sinto por não estar desfrutando da companhia de meus familiares, que estão tentando respeitar estas minhas necessidades acadêmicas. O imediato desta situação gera em mim uma emoção de fundo um tanto ansiosa, minha presteza para a ação volta-se para a necessidade de digitar estas idéias o mais rápido possível. Com isto, todo o entorno ao qual estou inserido perde intensidade. Meu saber-fazer é tomado por esta tarefa. Minha mente está incorporada neste processo. Meu entorno como micromundo familiar e também do trabalho já sofre interferências deste processo. Espero interferir ainda mais. É desejo. Este atuar sobre o computador registrando idéias me constitui, me produz diferente de minutos atrás, me possibilitam avançar e compreender melhor este atuar. Trata-se de *enação* pura.

Todo este processo de vivência de situações imediatas, ocorrem em micromundos instituídos, onde boa parte de nossa identidade se constitui e se institui. Trata-se de microidentidades que, com o tempo ou com a intensidade das pressões sociais, ganham espessuras de papeis, posturas que estruturam um corpo, sua forma de atuar, seus valores, julgamentos, esquemas de pensamento, formas de expressão de sentimentos, e comunicação. Será nestes micromundos que experimentamos e exercitamos nosso ser. O modo como nos manifestamos nestes micro-mundos é

indissociável do modo como as coisas e os outros nos ocorrem. É sempre situacional. As micro-identidades que fazemos serão sempre reutilizadas em situações parecidas e recorrentes.

[...] Sermos capazes de ações apropriadas é, para certos aspectos não descuráveis, o modo como incorporamos um fluxo de transições recorrentes de micromundos. Não estou a dizer que não haja situações em que a recorrência se não verifique: por exemplo, quando pela primeira vez chegamos a um país estrangeiro, há uma enorme falta de presteza para a ação e de micromundos recorrentes. Muitas das ações simples como conversar ou comer devem fazer-se deliberadamente ou serem de todo aprendidas. Por outras palavras, os micromundos e as microidentidades são historicamente constituídos. Todavia, o modo de viver mais comum consiste em micromundos já constituídos, que estruturam as nossas identidades (VARELA, 1995, p.20).

O mundo no qual estamos inseridos nos ocorre através de situações, contextos, espaços afetivos e fluxos subjetivos, que apesar de historicamente constituídos e de certa forma estruturantes de nossas identidades, não nos faz assim conhecido ou apreendido. Decodificamo-lo ou apreendemo-lo e o conhecemos através de nossa atuação. Efetivamos atuando e, assim, conhecendo este mundo, enfim procedemos enacção, *“mediante a nossa história de conexão estrutural, e os eixos temporais que articulam a efetivação”*, que, por sua vez, estão radicados nas possibilidades alternativas de micromundos que as situações nos apresentam. Vejamos como estes micromundos nos ocorrem e como nos identificamos com as possibilidades que nele encontramos para atuar, para constituí-lo, recriá-lo.

Fluxos subjetivos

Fluxo, escoamento ou movimento contínuo de algo em curso existencial. O mundo nada mais é que o caos de múltiplas partículas vibráteis, que escoam por múltiplos fluxos, ou vetores de sentido. Têm sempre uma dimensão ou um campo de existência física: matéria, energia, entropia, luz, som, flexibilidade, polaridade, etc. Podem

assumir nas relações intersubjetivas uma dimensão semiótica ou campo de existência subjetivo: devir, desejo, aversão, agenciamentos, enfim afetos, etc. Por exemplo, a presença física de uma mata ou floresta, pode provocar inúmeras possibilidades de relação de um sujeito para com ela, como pode provocar inúmeras possibilidades de comunicações e empatias entre os sujeitos dispostos à ela.

Assim, os fluxos materiais e semióticos nem precedem, nem sucedem os sujeitos e os objetos. São imanentes a tudo o que existe no mundo, tanto na forma como afetam este mundo, como na forma que são afetados por ele. Configuram micromundos de possibilidades de agenciamentos afetivos de desejos, devires.

O processo de acoplamento a estes fluxos se faz através da *autopoiese* de cada um e seus agenciamentos afetivos, em nível *molar*, ou seja, dos corpos, das singularidades, das representações e atuações. Já em nível *molecular*, ou seja, dos próprios fluxos, das relações intersubjetivas, assim como das relações no seu conjunto, nos coletivos, nos devires esperados dos grupos, das maltas e das massas, o processo de acoplamento aos fluxos se faz através de *transversalidade*, vias de passagem para múltiplas possibilidades de desejos, devires e agenciamentos coletivos.

Em outras palavras, utilizando-se um exemplo tal como o *devir pai* de um sujeito, este irá se acoplar aos fluxos em nível molar, através das múltiplas vivências (em seus múltiplos micromundos) cuja poiese será um jeito possível de ser pai. Os micromundos deste pai se autoproduzindo tem a ver com a convivência (ou não) com seu próprio pai, suas concepções a respeito de paternidade e filiação, as concepções de outras figuras com quem este nosso pai conviveu, suas experiências com a mãe, com a mulher que se constitui como mãe, bem como das experiências próprias de sua geração, de sua tribo, de sua comunidade, de seu país, de sua cultura e suas mídias (televisivas, literárias, estéticas, religiosas, psicanalíticas, etc). Enfim este sujeito pai convive com outros sujeitos (o filho, a mulher, a mãe o seu pai, outros familiares, amigos, inimigos, etc), com noções, com idéias, com imagens, com ideais de pais que o constituem e o instituem como um jeito singular de ser pai.

Todos estes fluxos de relações, idéias, imagens e noções constituem a sua *improvisação* como pai quando este *papel* lhe for exigido, utilizando aqui a metáfora do teatro. A partir destes *acoplamentos singulares e transversalidades* do coletivo onde se encontra, a metamorfose num jeito (ou vários jeitos até) de ser pai ganha intensidade, pode até assumir a rigidez de uma máscara antiga, como pode se constituir num novo fluxo de máscaras, pais nada convencionais, vias de passagem para outros agenciamentos, outras transversalidades.

Neste processo de acoplamento, em que a autopoiese através da enacção e da transversalidade instituinte de outros fluxos subjetivos, muitas possibilidades de captura do desejo ganham espaço. Desejos capturados pelo desejo de outros. Captura por fluxos semióticos dominantes e hegemônicos como é o que acontece com boa parte de nossos desejos, quase sempre capturados pelo modelo capitalista de produção de desejos e necessidades e seus fluxos subjetivos.

Serão os agenciamentos internos a partir das emoções, idéias e as conexões de atuações éticas que possibilitarão pelo menos três mecanismos fundamentais nestes processos de acoplamento, na enacção e na autopoiese: imitação, metamorfose e identidade.

Imitação, Simulação e Metamorfose

Para que possamos nos aproximar um pouco mais do que desejo tratar aqui, acredito que uma pequena estória, que fez parte de meu processo autopoietico de meu devir médico, possa ajudar. Lembro-me que poucos meses após ter ingressado no curso de Medicina, participei de um reencontro com amigos do Colégio. Todos estávamos ávidos de nos encontrar e colocar em dia nossas conversas sobre nossos novos rumos. Cada um havia ingressado em uma carreira diferente e o encontro para mim corria com muita tranqüilidade e espontaneidade, quando um de meus melhores amigos me chamou a atenção para um fato, que me preocupou bastante na ocasião e por muito tempo depois. Falava do quanto eu havia mudado em tão pouco tempo e que minhas condutas e

conversas já pareciam ser as de um médico. Chegou a quase enumerar as mudanças. O jeito de falar e ouvir, a minha postura na mesa, os assuntos que agora me interessavam, e até a forma como estes assuntos desencadeavam uma certa capitalização do interesse dos outros. Em suma, a tradução que fiz naquele momento era a de que eu estava ficando muito “chato”. Um pouco desconcertado, minha atitude e pensamento na hora não foram de reação. Creio que foram a princípio de uma certa indiferença; na verdade, só de aparência. Acompanhava-se, internamente, uma emoção de raiva e uma idéia de que ele estivesse enciumado ou despeitado por não ter escolhido a mesma carreira. Apesar da atitude indiferente e da justificativa criada, saí dali com um incômodo e com uma outra idéia na cabeça: a de que algo em mim ocorria sim e que todas as críticas e brincadeiras tinham muito de verdade. Já me sentia um pouco médico, já me cobrava atitudes e condutas do tipo compreensão, de uma certa auto-admiração, e destaque com relação aos outros, no caso, meus colegas. Sentia também uma diferença entre a velha turma e os novos amigos que já fazia na faculdade. Da primeira ficava uma certa nostalgia, das inúmeras vivências juntos. Da nova turma, uma certa euforia competitiva e exigente de novas posturas e comportamentos.

Um dos incômodos que me provocou esta estória, na ocasião e algum tempo depois, refere-se a idéia de que estava em plena construção de uma máscara, algo que não era eu e ao mesmo tempo era. Associava-se a este uma outra idéia incômoda de que eu tentava simular alguma coisa que ainda não era, a ponto de me fazer sentir um tanto ridículo. E o pior é que eu não tinha nenhuma intenção ou consciência do que estava ocorrendo em mim. Isto é, a consciência só emergia quando recebia alguma crítica mais contundente como esta. Hoje, consigo perceber neste incômodo antigo algo de tão humano que me ocorria e que me serve de exemplo para expressar as idéias que aqui estou defendendo. O que ocorria era metamorfose.

Imitação e metamorfose são noções que freqüentemente são empregados para designar os mesmos fenômenos. Elias CANETTI (1995) considera importante demarcar bem e esclarecer a diferença:

A imitação é algo externo; ela pressupõe que se tenha diante dos olhos algo cujos movimentos se copiam. Em se tratando de sons, a imitação nada mais significa do que a reprodução exata desses mesmos sons. Com isso nada se diz a respeito da constituição interna daquele que imita. Macacos e papagaios imitam; é de se supor que, nesse processo, eles não se modifiquem em coisa alguma. Poder-se-ia dizer que não sabem o que estão imitando: jamais o vivenciaram internamente. Assim, podem passar de uma imitação a outra sem que a seqüência na qual isso acontece tenha para eles o menor significado. A falta de persistência facilita a imitação. Esta relaciona-se usualmente a um único traço. [...] A imitação nada mais é do que um primeiro passo, logo abandonado rumo à metamorfose (CANETTI, 1995, p. 370).

Se a imitação é um fenômeno bidimensional, externo dependente de algo a ser imitado, a metamorfose transforma, mesmo que transitoriamente, algo internamente. Toma *corpo*, corporifica-se em algo tridimensional. Há um processo de ingestão e digestão dos moldes ou dos modelos. Fluxos subjetivos sendo incorporados. Na transição entre imitação e metamorfose, podem se interpor dois fenômenos intencionais: a simulação e a identidade. A simulação detendo o processo de metamorfose, enquanto a identidade é o que a possibilita.

Elias CANETTI (1995) apresenta a *simulação* como o meio do caminho entre a imitação e a metamorfose, no sentido de deter esta última. Impõe uma barreira entre o que é exteriorizável e o interior. Assume assim, intencionalmente uma duplicidade. O que se apresenta exteriormente é algo que na realidade tem por intenção ocultar o desejo interno. Na forma extrema da *simulação* temos o sentido mais estrito desta palavra: o de fingimento, falta de correspondência com a verdade, "*figura amigável sob a qual se oculta uma outra, hostil*". Canetti nos exemplifica este processo como aquele utilizado pelo caçador para capturar a sua presa.

A aproximação amistosa, mas com propósito hostil – que penetrou em todas as formas de poder –, constitui uma antiga e importante modalidade da metamorfose. Ela é superficial e diz respeito exclusivamente ao aspecto exterior – à pele, aos chifres, à voz e ao andar. Sob tal disfarce – intocado, intocável e munido de uma intenção mortal que nada é capaz de influenciar – encontra-se o caçador. Essa separação extrema entre interior e exterior, os quais não poderiam ser mais diferentes, atingiu sua

perfeição nas máscaras. O caçador tem sobre controle si próprio e sua arma. Mas tem o domínio também sobre a figura do animal que está representando. Tem, a todo momento, ambas as coisas sobre o seu poder. É, por assim dizer, duas criaturas ao mesmo tempo, e aferra-se a ambas, até que tenha atingido sua meta. O fluxo das metamorfoses das quais ele seria capaz é estancado; ele se encontra em dois lugares precisamente circunscritos, um dentro do outro, e este claramente apartado daquele. É essencial aí que o interior permaneça rigorosamente oculto por detrás do exterior. A face amigável e inofensiva é a exterior, a hostil e mortal é interior. A intenção mortal denuncia-se apenas no ato final (CANETTI, 1995, p. 370).

Se a simulação detém o fluxo espontâneo de metamorfoses, a identidade lhe é facilitadora. Para que haja metamorfose faz-se necessário identidade do exterior com o interior. Identidade que se inicia com o entrar em pathos, com a *empatia*. Como nos ensina Constantin Stanislavski (2001), um ator “*não irá entregar-se por inteiro a seu papel a menos que se deixe arrebatado pelo mesmo. Quando isto ocorre, ele identifica-se inteiramente com o papel e transforma-se*”. Com relação ao processo de identidade, a emoção provocada pelo outro *arrebata*, desfaz o limite de sua vibração e a do outro. Entra em *sintonia*. Para isto faz-se necessário a quebra com a identidade do Eu. Identidade que opõe o eu ao outro. Gera dualidade. Renunciar a identidade do Eu para identificar-se com o Eu/Outro da sintonia de vibração. Isto requer contato aberto para o sublime. Abertura para o arrebatamento. Requer empatia. Será a recorrência de sintonias e a memória da experiência fugidia que possibilitará a reestrutura de nova identidade do Eu. Possibilitará a metamorfose. Este movimento de abertura de uma identidade do eu, na experiência da identidade Eu/Outro e reestrutura de nova identidade do Eu constitui a metamorfose como estratégia de autopoiese. Será a recorrência de experiências como estas, quantitativa e qualitativamente diferentes e geradoras de emoções e idéias diferentes que, de repente, produz um salto qualitativo no desenvolvimento de um ser como um todo.

Metamorfose é identidade que se estrutura, se corporifica, se autoproduz. Este processo é parcialmente livre de intencionalidade. Digo parcialmente, pois é só no momento da identidade que ele é inicialmente intencional. Tem a ver com a vontade e com o desejo. Em seguida, flui pelas estruturas do corpo através da ação, do movimento. A vibração do Outro vibra na carne do Eu. Entre o Outro e o Eu encontra-se um espaço

que não é mais barreira. É vazio como nos diria Laymert Garcia dos Santos. “[...] *Vazio purificado do Eu e do Outro. O desejo é trepidação de abertura*” (SANTOS, 1990a, p.220). Através da ação e do movimento que a metamorfose pode tornar-se papel. Caracterização, configuração, representação e assim volta a se articular com a intenção e com o pensamento. Nos primeiros anos de vida este processo é chamado em psicologia por *jogo simbólico*.

A transição entre o motor e o representativo aparece da melhor forma nessa “representação pela ação” que constitui a imitação, pela qual a criança evoca, usados pelo corpo e o movimento como intérpretes, uma situação, ou uma atividade, de todo estranhas ao quadro presente e na qual a imagem, antes de ser propriamente pensada é agida. [...] A criança assimila, pois a realidade a ela, por seu gesto, transforma a realidade e dela faz coisa diversa do que é; em certa medida dela se desprende. [...] Assim, pois, ao lado do jogo puramente motor, pelo qual a criança assegura seu domínio corporal, e no qual o prazer reside, primeiro, no próprio funcionamento físico, depois na obtenção de um efeito, de um resultado, aparece jogo diferente, no qual o elemento motor continua central, mas tem sobretudo, por função, a representação, ela também fonte de prazer e de satisfação. Neste jogo, que anuncia o pensamento antes de acompanhá-lo, a criança reproduz a realidade, revive à vontade o vivido, prolonga e reaviva a experiência fugitiva (OSTERRIETH, 1980, p. 59).

Pessoas intensamente conectadas com o vibrar caótico dos fluxos subjetivos vivem intensamente este *jogo simbólico*. Basta estar conectado. Basta observar bem, pinçar um fluxo entre os inúmeros que fluem. Muitas vezes se tem a sensação de que se foi pinçado por algum fluxo. Algo de inconsciente ou subconsciente entra em jogo e rapidamente já se está trepidando a vibração do outro em si mesmo. Este fenômeno, ainda pouco explorado pela ciência é descrito magistralmente pelo artista. Clarice Lispector o descreve em um de seus contos chamado *Encarnação involuntária*. Nele nos conta o processo de metamorfose da narradora em uma missionária com quem viajava num avião.

Um dia no avião... ah, meu Deus – implorei – isso não, não quero ser missionária!
Mas era inútil. Eu sabia que, por causa de três horas de sua presença, eu por vários dias seria missionária. A magreza e a delicadeza extremamente polida de missionária

já me haviam tomado. É com curiosidade, algum deslumbramento e cansaço prévio que sucumbo à vida que vou experimentar por alguns dias viver. E com alguma apreensão, do ponto de vista prático: ando agora muito ocupada demais com os meus deveres e prazeres para poder arcar com o peso dessa vida que não conheço – mas cuja tensão evangelical já começo a sentir. No avião mesmo percebo que já comecei a andar com esse passo de santa leiga: então compreendo como a missionária é paciente, como se apaga com esse passo que mal quer tocar o chão, como se pisar mais forte viesse prejudicar os outros. Agora sou pálida, sem nenhuma pintura nos lábios, tenho o rosto fino e uso aquela espécie de chapéu de missionária (LISPECTOR, 1995, p.167).

Outro exemplo de metamorfose instigante nos oferece Daniel Goleman, em seu *Inteligência Emocional* de 1995. Considero-o importante não só pela força de um relato de guerra, mas pela a intensidade do fenômeno em nível grupal. Trata-se de um relato de guerra feito por um soldado norte-americano no Vietnã e publicada no periódico *Arizona State University Research* (primavera/verão de 1994):

Começava a guerra do Vietnã e um pelotão americano estava escondido em arrozais, no calor de um combate com os vietcongues. De repente, uma fila de seis monges começou a passar por uma das bermas que separavam um campo do outro. Totalmente calmos e equilibrados, dirigiram-se para a linha de fogo.

- Não olharam nem para um lado nem para outro. Seguiram em frente – lembra David Bush, um dos soldados americanos. – Foi realmente estranho, porque ninguém atirou neles. E, depois que passaram pela berma, de repente eu já estava fora do combate. Não mais queria continuar fazendo aquilo, pelo menos naquele momento. Deve ter acontecido o mesmo com todo mundo, porque todos desistiram. Cessamos o combate (GOLEMAN, 1995, p.127-8).

Quantas vezes não nos vemos em situações semelhantes, quando nos percebemos afetados pelo afeto do outro a ponto de nos comportarmos de forma muito semelhante. Quantas vezes chamamos a alguém de *carismático* por conseguir mobilizar o desejo interno das massas e imprimir nela o seu desejo, o seu fluxo subjetivo. Elias Canetti chama a atenção para via da metamorfose. O do fluxo que captura, que vêm dos outros e nos arrebatam. Mas nos arrebatam porque estamos ou nos colocamos em sua linha

de fluxo. Desejamos ser arrebatados. O que menos nos damos conta é que, capturados ou não, também somos fluxo subjetivo e podemos também afetar os outros. Somos Eu, mas também somos Outro para o Eu do Outro. Assim, ampliamos o alcance dos fluxos, assim afetamos o mundo. Assim, reinventamos o mundo onde estamos, assim nos fazemos eternos em nossa finitude. Pois assim atuamos no mundo. Pura enacção. Assim somos afetados pelo mundo em toda nossa subjetividade e concreticidade de nossa existência: do *conatus*, passando pelo *pathos*, pelo *logos* e chegando ao *êthos*. A dobra do infinito se faz aí de nosso *êthos* para a *ética* dos fluxos, dos agenciamentos coletivos da existência, do mundo.

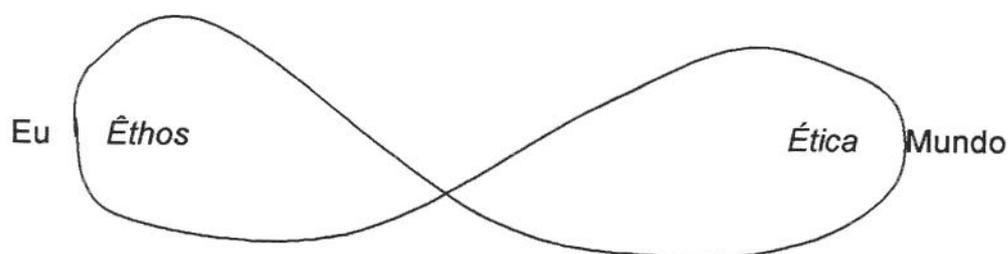


Figura 8: *Enacção: do êthos à Ética*

Contrametamorfose

Os fluxos estão aí para que nos incitem desejo, para capturar nossos desejos, para que ampliemos as possibilidades de nossos desejos. Meu, seu, nosso. Assim desejamos fluir no mundo. Mas nesse *jogo* altamente prazeroso, voluntário e involuntário, perpassam inúmeros contra-fluxos e “inimigos” das metamorfoses. Elias Canetti os chama de *contrametamorfose*s. Um deles é a *imposição da máscara*, ou contrafluxo acoplado pela pressão, pela expectativa, pela opressão. Assim o senhor todo poderoso impõe a máscara de animal oprimindo o escravo. Este não é e não pode ser gente. É no máximo gado, propriedade do senhor, apenas força motriz de trabalho. Assim instituições, através de seus dirigentes, pressionam os “hierarquicamente

inferiores”. Espera-se destes apenas o cumprimento de ordens, o comportamento adequado. Assim pais projetam o futuro dos filhos, pressionando com suas expectativas convictas com relação a tudo: “bom” comportamento, profissão, opção sexual, cuidados a eles na velhice, etc.

Outra estratégia de contrametamorfose é o *desmascaramento*, característico dos detentores de poder. Sobre exata estratégia, escreve Canetti:

O detentor de poder consciente de sua disposição hostil não é capaz de, por meio da simulação, enganar a todos. Como ele, existem outros em busca de poder, os quais não o reconhecem, sentindo-se seus rivais. Em relação a estes, ele está sempre alerta: eles podem trazer-lhe perigo. Espera, pois, o momento certo para “arrancar-lhes a máscara do rosto”. Por trás desta divisa-lhes, então, a verdadeira disposição, que conhece tão bem por ser a que ele próprio abriga. Tendo-os desmascarados, pode então torná-los inócuos. [...] As metamorfoses que não tenha ele imposto aos outros são—lhes desconfortáveis. É possível que promova as pessoas que lhe são úteis a cargos mais elevados. Mas a metamorfose social que assim produz tem de ser claramente delimitada, inalterável, e estar inteiramente em suas mãos. Mediante promoções e rebaixamentos ele fixa as pessoas, e a ninguém é permitido arriscar um salto por conta própria (CANETTI, 1995, p. 378).

Ainda há uma terceira estratégia de contrametamorfose: a *proibição da metamorfose*. A delimitação das possibilidades de metamorfose são muito claras e explícitas. Religiões, a Moral socialmente aceita e as Instituições hierárquicas são as principais promotoras desta estratégia. Aqui, qualquer tentativa de metamorfose que fuja a estes limites é simplesmente proibida. Assim se constrói a moral, ditando o que é bem e o que é mal; a idéia de pecado, que acompanha inúmeras religiões; as separações claras de toda e qualquer hierarquia, seja ela a das faixas etárias, a de uma linhagem profissional ou militar, a das castas e a das classes sociais.

Em meio a fluxos e contra-fluxos subjetivos experimentamos o cotidiano de nossas vidas. Sintonizamos prazerosamente a alguns deles, submetemo-nos e somos capturados por outros e ainda proibidos a nos acoplar a alguns outros. Por outro lado, voluntária ou involuntariamente, somos fluxo. Nossa simples existência já é fluxo

subjetivo. Afeta o mundo. Pode até não produzir sintonias, mas sempre produz ressonâncias. Este processo de múltiplos agenciamentos afetivos, em meio a múltiplas possibilidades de fluxos engendram múltiplos *jogos simbólicos*, múltiplas *metamorfoses* e múltiplas *máscaras, figuras e estruturas*, enfim, pessoas.

Segundo John R. SEARLE (1992), todas estas experiências sedimentam-se na forma de capacidades, aptidões, habilidades, crenças e desejos latentes, que em seu conjunto constituem um *conhecimento de fundo* do mundo (*Background*), responsável por toda possibilidade de expressão, de representação na linguagem ou no pensamento, e por toda *intenção* envolvida nas ações. Mesmo sendo condição fundamental para a intencionalidade, estas capacidades, crenças, aptidões e habilidades não são elas mesmas intencionais. Vão com o tempo se tornando automáticas e ativadas quando menos esperamos.

Intenção e atenção

Toda ação ocorre num contexto subjetivo que lhe conforma como atuação de um sujeito em seu papel. Tal sujeito e todos seus predicados se constituem a partir de sua capacidade perceptiva, sua competência lógica, sua capacidade afetiva e sua competência ética. A capacidade perceptiva e a competência lógica conferem a ação toda sua intencionalidade. Como nos afirma SEARLE (1997) em geral “*não há nenhuma ação sem percepção, nenhuma percepção sem ação*” [...], e a “*intencionalidade ocorre num fluxo coordenado de ação e percepção e o “Background” é a condição de possibilidade das formas assumidas pelo fluxo*”. Ou seja, toda ação intencional, consciente ou automática (subconsciente ou inconsciente), parte de um *background* cognitivo (emocional, lógico e ético), que irá se expressar através de uma *performance*, de uma atuação. Esta por sua vez se constitui num afeto, numa forma de afetar o mundo, de afetar o outro, e que depende muito deste outro, de suas capacidades perceptivas, cognitivas, afetivas e éticas.

A capacidade afetiva e a competência ética a ela acoplada revelam o grau de atenção em que se encontram os sujeitos envolvidos ou o sujeito e seu objeto de atuação. Ou seja, o lado afetivo e ético da atuação depende da capacidade de conexão consigo mesmo e com o mundo, ou seja, do grau de atenção em que se encontra o sujeito. Daí que toda ação é sempre mediada por intenção e atenção e configurada por toda percepção gerada por estas propriedades, e pelo *background* constituído no processo *autopoietico* de vida de cada um. Assim intenção e atenção são mediações potentes de todas as ações nos mais diversos contextos subjetivos e afetivos. Agenciam afetos internos autopoieticos e externos que poderão ou não participar das autopoieses dos outros, das instituições, da cultura, da sociedade.

Contextos subjetivos

Contexto é entendido aqui como *contextura*, enredo onde se entrelaçam os fluxos na seqüência finita de micromundos que cada um vive a cada instante na produção imanente da ética ao autoproduzir-se singular de cada um. São nos contextos que ocorrem agenciamentos subjetivos, microidentidades e o constituir-se através de metamorfoses. Todo enredo implica em trama, em cenário em personagens que se relacionam, que atuam sob suas emoções, sob suas intenções e pensamentos.

Em quais contextos nos vemos enredados numa trama? Poderia dizer que o primeiro contexto é o *útero* e toda a subjetividade do vínculo mãe-feto. A comunicação de nutrientes, a subjetividade materna fornecendo, ou não, o nutriente afetivo. A participação ou não de outros, como o pai e apoiadores, pode ser fluxo subjetivo importante para a subjetividade do futuro bebe. Em seguida vem a *família*¹², ou uma *instituição similar*. Aqui

¹² O conceito de família que aqui queremos conferir, aproxima-se da definição proposta por Ransom e Vandervoort (1973), apud McWHINNEY (1994). Para estes autores, a instituição família não pode ser confundida com grupo específico de parentes, ligados ou não por consangüinidade. O que define uma família é a constituição de "um grupo de pessoas íntimas com um passado e um futuro comum". Esta abrangência permite que a estrutura desta família possa modificar-se dinamicamente, desde que se mantenha sua função central: oferecer segurança *holding* na intimidade da convivência, ou mesmo quando esta não seja possível, ao esforço de perseverar na existência (*conatus*) de cada um de seus membros.

as tramas começam a ganhar intensidade. Adquirem consistência nas relações parentais e familiares, que constituem determinados processos e possibilidades de conjugalidade, de filiação, de maternagem e paternagem, de função fraterna, entre outras. Assim como linhas de fuga aos modelos familiares hegemônicos passam a ganhar espaço. São estas relações e estas possíveis fugas que serão os elementos fundantes, tanto do ponto de vista das emoções como das idéias e da ética, do que esperamos das outras relações sociais que, pouco a pouco, vão constituindo novos contextos. Ou seja, o afeto fraterno, a tutoragem dos pais, a maternagem, a adoção, a constituição de uma relação de filiação, de certa forma se expressa em outras relações grupais que se constituem em outros contextos da vida, tais como as relações afetivas entre professores e alunos, entre membros de uma equipe de trabalho ou, ainda, até mesmo de uma equipe esportiva, por exemplo. Embora, novos contextos, além dos vividos no contexto familiar, ganhem relevância, nenhum destes apaga as experiências e conteúdos vividos e gerados aí. Assim como nenhum outro contexto vivido na vida apaga o conteúdo de um outro. Mesmo que um conteúdo transforme uma noção, uma concepção ou até mesmo a emoção que se adere a determinada imagem mental, esta não será apagada, deixa sempre marcas conscientes ou inconscientes. Ou seja, quantas vezes não somos com nossos filhos um pouco o que foram nossos mestres, ou como nos tratou nossos patrões, ou personagens de um filme ou de um romance, ou até mesmo o sermão que recebemos de um o sacerdote com os quais convivemos?

Passando pela família, o próximo *contexto* que se coloca é o da *comunidade* e o *meio ambiente* na qual esta se insere, aquele da rua, da vizinhança, do bairro, da tribo e seus cenários e os múltiplos fluxos subjetivos que nos acoplam a eles. Toda a beleza destas relações com os outros e com o meio, assim como todo risco, violência e paranóia que podem produzir, engendrarão novos conteúdos de *êthos*, novas capturas e novas linhas de fuga. Nestes contextos se vivem as possibilidades do brincar, do jogo, do culto, da lamentação coletiva, da dor da perda. Aqui se possibilitam as redes de apoio e ajuda, as possibilidades de vivência como malta e como massa. Contextos mais ampliados de fluxos que ampliam a comunidade podem ser vividos no âmbito da Nação, do Estado, e até em blocos geopolíticos. As disputas esportivas são bons exemplos dos contextos de experiências de massa neste nível.

Elias CANETTI (1995) destaca este contexto subjetivo que se constitui nas multitudes e massas humanas e também nas de muitos animais. Identifica as seguintes propriedades das massas: 1. A massa sempre tende a seu crescimento, ou seja, mesmo quando uma massa se pretenda fechada, “*a erupção sempre é possível*”; 2. No interior da massa sempre reina a igualdade, nela se perdem as individualidades, nela “*uma cabeça é uma cabeça, um braço é um braço – as diferenças não importam*” e é por causa dessa igualdade que as pessoas se sujeitam a tornarem-se massa; 3. A massa sempre almeja densidade, nunca se considera densa o suficiente; 4. Necessita sempre de um alvo, de uma direção comum, o que “*fortalece o sentimento de igualdade*”. Destas propriedades geram-se outras características da massa: sua abertura, seu ritmo (massas lentas e massa velozes), sua duração (dependendo de seu propósito ou alvo a ser atingido), seu estancamento (gerado por sua tendência à densidade), sua visibilidade (dependendo da meta ou alvo é melhor não ser visível), sua sonoridade (todos sabemos da força de muitas majorias silenciosas), entre outras. Para CANETTI (1995) as massas sempre estão repletas de agenciamentos afetivos que constituem boa parte de seu conteúdo.

Tal conteúdo, entretanto nem sempre pode ser apreendido em seu estado puro. São já conhecidas aquelas ocasiões em que a massa percorre toda uma série de afetos sucedendo-se velozmente. As pessoas podem passar horas a fio num teatro, e as experiências de que compartilham ali são de natureza diversa. [...] Contudo, tais ocasiões são artificiais; sua riqueza é o produto final de culturas elevadas e complexas. Seu efeito é moderado. [...] Os conteúdos afetivos principais da massa remontam a um passado bem mais distante. Eles surgem bem cedo. [...] Um colorido homogêneo caracteriza cada um deles; uma só paixão principal os domina. (CANETTI, 1995, p. 47).

Os conteúdos afetivos principais têm sua história confundida com a história da humanidade. CANETTI (1995) identifica alguns destes conteúdos tão antigos: 1. as *massas de acossamento*, que formam-se para atingir uma meta de morte o mais rápido possível; “*seu objetivo é matar, e ela sabe quem quer matar*”; [...] “*para que uma tal massa se constitua, basta anunciar a meta e propagar o nome daquele que deve morrer*” (p. 47); 2. as *massas de fuga* que se constituem a partir da ameaça, onde “*é próprio dela*

que todos fujam, que todos sejam arrastados por ela" [...]; "as pessoas fogem juntas porque assim fogem melhor" (pp. 51-2) ; 3. as *massas de proibição*, onde as pessoas se agrupam para reforçar uma velha proibição que necessita ser resgatada ou para incitar a uma nova; 4. as *massas de inversão*, típicas das revoluções, quando o agrupamento faz-se necessário para se movimentar e inverter uma velha condição, derrubar uma velha ordem e instituir uma nova; 5. as *massas festivas*, onde a "vida e o prazer [para todos] estão assegurados por toda duração da festa" (p.61); 6. as *massas de lamentação*, quando um desejo coletivo é frustrado, uma morte é anunciada ou prenunciada; 7. as *massas de guerra*; entre outras. Em menor escala, grupos podem ainda se articular na forma de *malta* com afetos, metas e propósitos semelhantes aos conteúdos dessas possibilidades de massas.

A partir destes contextos coletivos extra-familiares, vêm os *contextos de formação social* da consciência subjetiva de cidadania. Trata-se da dimensão política da subjetividade, vivida tanto no domínio externo da subjetividade como em seus domínios internos. Aqui, estou me referindo não só aos contextos das *instituições de ensino*, como também todo aparelho institucional de apoio a constituição do cidadão, dentro dos limites que cada sociedade considera como direito. Falo de todas instituições que deverão cuidar do cidadão: a Saúde, a Cultura, a Assistência social, o Lazer, a Justiça, o Voto. Boa parte da micropolítica destas instituições complexas, são vividas como fluxos que na singularidade das relações que instituem permitem, ou não, espaços para novos fluxos instituintes.

O próximo contexto é o da *produção de recursos de sobrevivência*. Trata-se da conexão com a produção das riquezas, sua distribuição, e consumo. Aqui vivem-se relações de trabalho, divisões "sociais" de trabalho, estratégias de se repartir as riquezas que dele advém, as relações de propriedades de meios de produção, de insumos, de bens de consumo. Inúmeras possibilidades de se viver estas relações se apresentam em sociedades como a nossa. Fluxos subjetivos, oriundos das vivências familiares, tais como os fluxos patriarcais, os matriarcais, os falocráticos, os fraternos, os violentos, entre outros, irão chegar até estes contextos. Falo aqui dos contextos macropolíticos e toda transversalidade que podem produzir lá na constituição da subjetividade interior de

cada um. Assim como a simples existência singular de cada um produz impacto nestes contextos. Nem que seja como mais um no número das estatísticas. Nestes contextos as forças subjetivas envolvidas são pouco generosas. Quase sempre nos tenta impingir o sentimento de que apenas se é mais um nas engrenagens do modo de produção dominante. MATURANA (1998) considera que as relações nestes contextos não podem ser chamadas relações sociais, pois entende por relações sociais, aquelas que se constituem domínios de ação de inclusão, de aceitação do outro como legítimo outro na convivência, ou seja, relações que se constituem no domínio do amor.

As relações de trabalho [...] não são relações sociais, porque elas se fundam no compromisso de cumprir uma tarefa e, nelas, o cumprimento da tarefa é a única coisa que importa. Em outras palavras, para adotar o compromisso de trabalho é essencial que os participantes sejam pessoas, seres multidimensionais, mas uma vez assumido o compromisso, o fato de os participantes serem pessoas e terem outras dimensões relacionais não tem nenhuma pertinência. Isso se denota quando aquele que aceita o compromisso de trabalho tem alguma dificuldade na sua realização. Quando isso ocorre, o patrão se queixa e diz: “Não vou lhe pagar, você perdeu a semana: não veio, não cumpriu, não lhe pago. – Mas senhor – balbucia o empregado – minha mulher..., meu filho..., minha sogra... – Olha, - replica o patrão – as coisas pessoais não entram aqui, a única coisa que importa é a tarefa” (MATURANA, 1998, p. 69)

Nesta perspectiva, o mesmo pode-se dizer das relações hierárquicas e todas as relações que se fundam no poder de uns e na obediência de outros. Aqui não há possibilidade para a política, para a micropolítica. Muito embora, linhas de fuga possam se constituir nas relações entre os trabalhadores e certo grau de micropolítica se estabeleça, a relação trabalhador e proprietário dos meios de produção não é social. Isto significa que nós seres humanos, “*não somos o tempo todos sociais; somente o somos na dinâmica das relações de aceitação mútua. Sem ações de aceitação mútua não somos sociais. Entretanto, na biologia humana o social é tão fundamental que aparece o tempo todo e por toda parte*” (MATURANA, 1998, p. 71). Infelizmente, muitos fluxos destes contextos invadem outros contextos coletivos de subjetivação. Muitas das instituições escolares tentam reproduzir este tipo de relação de trabalho *indiferente*

pouco afetivo, ameaçador de exclusão, como se assim se deva preparar os cidadãos para o trabalho e não para a vida em coletivos.

Nos inúmeros contextos em que nos encontramos imersos, damos consistência à papéis a partir da força de identidade que temos com eles, do *Background* constituído, do desejo que alimenta este papel, e muitas vezes confundimos um papel com outro, um fluxo com outro. Aí a trama se complica ou se dissolve, para dar espaço, quase sempre a outras possibilidades de contextos.

Acoplamento estrutural

Se vivemos na transversalidade de inúmeros agenciamentos e fluxos subjetivos que se produzem e se reproduzem em domínios internos e externos de nossa subjetividade singular, a ponto de diferenciar nossas ontogênias e estruturas orgânicas e em nossa íntima organização autopoietica, pode-se aceitar a idéia, que nos aponta MATURANA & VARELA (2001), de que, como qualquer outro ser vivo, estamos sempre acoplados estruturalmente ao meio em que vivemos. Ou seja, do ponto de vista biológico só podemos ser compreendidos como estruturalmente determinados por nossas interações com os meios, contextos e “micromundos” em que vivemos, pois neles se dão todas as modificações estruturais que cada possibilidade de vida tem em seu meio. A esta congruência entre a estrutura do meio e a estrutura da unidade viva, estes autores denominam *acoplamento estrutural*.

Enquanto uma unidade não entrar numa interação destrutiva com o seu meio, nós, observadores, necessariamente veremos que entre a estrutura do meio e a da unidade há uma compatibilidade ou comensurabilidade. Enquanto existir esta comensurabilidade, meio e unidade atuarão como fontes de perturbações mútuas e desencadearão mutuamente mudanças de estado. A este processo continuado, demos o nome de *acoplamento estrutural*. (MATURANA & VARELA, 2001, p. 112).

Este acoplamento estrutural pode ser identificado em três diferentes ordens de interação. O acoplamento estrutural de primeira ordem, em seres vivos metacelulares¹³, é aquele que ocorre entre cada célula que o constitui e o com o qual realiza sua autopoiese. Trata-se de um meio de múltiplas trocas e de uma dinâmica intensa.

[...] Se observarmos a membrana de uma célula, veremos que há um constante e ativo transporte de certos íons (como o sódio e o cálcio) através dela, de tal maneira que, na presença desses íons, a célula reage incorporando-os à sua rede metabólica. [...] O acoplamento estrutural das células permite que essas interações ocorram somente em certos íons, pois se outros íons (como cézio ou lítio, por exemplo) forem introduzidos no meio, as mudanças estruturais que eles desencadearão na célula não serão conciliáveis com a realização da autopoiese dessa célula. (MATURANA & VARELA, 2001, pp. 87-8).

Deste acoplamento estrutural em nível celular e bioquímico, os organismos metacelulares se constituem em *sistemas autopoéticos de segunda ordem*, que se estruturam como unidades compostas de órgãos dotados de funções específicas, que, por sua vez, se relacionam e garantem ao organismo uma identidade específica. Tal identidade ocorre através de uma rede de processos fisiológicos dinâmicos, cujos efeitos não saem dessa rede. Encontram-se em *clausura operacional*. Nos seres metacelulares dotados de sistema nervoso, tecido que filogeneticamente se diferencia para exercer funções de integração sensório-motora e sensório-visceral, que possibilitam inúmeras interações deste corpo com o meio. Está pronto para receber inúmeras perturbações deste meio como também está pronto para provocar inúmeras perturbações neste meio. Este acoplamento orgânico do metacelular com o meio constitui o *acoplamento estrutural de segunda ordem*. Será neste nível de acoplamento que se tornam possíveis as mais variáveis ontogenias, ou seja, as mais variáveis histórias de mudanças estruturais de uma unidade viva, sem que a mesma perca sua organização. Será também neste nível de acoplamento que se diferenciam as possibilidades de interações com o meio, que correspondam às necessidades de seus esforços para se manterem na existência.

¹³ Metacelularidade = “toda unidade [viva] em cuja estrutura é possível distinguir agregados celulares intimamente acoplados. A metacelularidade apareceu em todos os reinos (as grandes divisões dos seres vivos): procariontes, eucariontes, animais, plantas e fungos. É uma possibilidade estrutural desde o início da história mais precoce dos seres vivos.” (MATURANA & VARELA, 2001, p. 100).

Para que tudo isto fique mais fácil de se compreender, tomemos duas situações de acoplamento estrutural de segunda ordem ,contrastantes. A primeira delas pode bem ser a situação estrutural de Livia, aquela menina que descrevemos na apresentação deste autor. Livia apresenta uma estrutura orgânica deficiente do ponto de vista da estrutura esperada para uma menina. Dentro de seus limites de surdez, mudez e cegueira, sua organização autopoiética lhe permite crescer e apresentar uma história de mudanças estruturais muito próxima a que uma menina de sua idade apresenta em termos de crescimento físico. Porém do ponto de vista emocional, apesar de viver num meio muito rico de possibilidades de interação, suas interações seguras se restringem às possibilidades familiares e do contato com Marina, sua guia no mundo. Encontra-se acoplada ao contexto humano de vivências familiares, o que permite uma certa adaptação e sua perseveração na existência. No entanto, as restrições de interações se impõem dada suas deficiências que a impossibilitam a uma “ampliação” de suas comunicações. E se podemos inferir que suas interações com os fluxos subjetivos onde vive sejam restritas, nada podemos dizer a respeito de seus agenciamentos internos entre suas esferas subjetivas. Deve-se lembrar que suas experiências de conexão com o mundo através do contato, do tato, são extremamente ricas quando comparadas a outras crianças de sua idade em outras condições.

A outra situação dramática de acoplamento estrutural de segunda ordem que limitou as possibilidades de um acoplamento estrutural de terceira ordem mais adequado ou mais adaptado aos esperado pra os seres de espécie humana é a história verídica das meninas lobo de uma aldeia bengali na Índia.

Em 1922, elas foram resgatadas (ou arrancadas) de uma família de lobos que as haviam criado em completo isolamento de todo contato humano. Uma delas tinha 8 anos e outra cinco. A menor morreu pouco depois de encontrada e a maior sobreviveu cerca de 10 anos, juntamente com outros órfãos com os quais foi criada. Ao serem achadas, as meninas não sabiam, caminhar sobre os pés e se moviam rapidamente de quatro. Não falavam e tinham rostos inexpressivos. Só queriam comer carne crua e tinham hábitos noturnos. Recusavam o contato humano e preferiam a companhia de cães ou lobos. Ao serem resgatadas, estavam perfeitamente sadias e não apresentavam nenhum sintoma de debilidade mental ou idiotia por desnutrição. Sua

separação da família lupina produziu nelas profunda depressão, que as levou a beira da morte, e uma delas faleceu. [...] A menina que sobreviveu dez anos acabou mudando seus hábitos alimentares e ciclos de vida e aprendeu a andar sobre os dois pés, embora sempre recorresse à corrida de quatro em situações urgentes. Nunca chegou propriamente a falar, embora falasse algumas palavras. A família do missionário anglicano que a resgatou e cuidou dela, bem como outras pessoas que a conheceram com alguma intimidade, jamais a sentiram como verdadeiramente humanas. (MATURANA & VARELA, 2001, pp.143-6).

Todo comportamento observado nestas meninas em seus contextos de vida e suas situações subjetivas, são exemplos ricos de como a ontogenia de cada ser vivo é dinâmica e sujeita a múltiplas determinações engendradas nas possibilidades de acoplamentos estruturais entre o organismo e meio, bem os dois sentidos de perturbações que estes provocam tanto num como noutro. Embora o organismo, do ponto de vista físico, estrutural e fisiológico, tenha se transformado. As possibilidades afetivas, os instintos e as emoções ontogenicamente estruturadas parecem prevalecer e assim dificultar sua aceitação social como plenamente humanas, ou, pelo menos, como plenamente “nomais”. Aqui já estamos falando de *acoplamento estrutural de terceira ordem*, ou seja

Como no caso das interações celulares nos metacelulares, é evidente que, do ponto de vista da dinâmica interna de um organismo, o outro representa uma fonte de perturbações que são indistinguíveis das que provem do meio “inerte”. No entanto é **possível** que essas interações entre organismos adquiram, ao longo de sua ontogenia, um caráter **recorrente** e, portanto, que se estabeleça um acoplamento estrutural que permita a manutenção da individualidade de ambos, no prolongado devir de suas interações. Quando esses acoplamentos acontecem entre organismos com sistema nervoso, o resultado é uma fenomenologia peculiar [...]. Trata-se da fenomenologia dos acoplamentos de **terceira ordem**. (MATURANA & VARELA, 2001, pp. 200-1).

As resultantes desta forma de acoplamento constituem os fenômenos sociais como um todo, a comunicação interagindo com as condutas ontogênicas e gerando condutas lingüísticas, e a cultura dos grupos que vivem em sociedade, que gera condutas culturais, entendidas como condutas constituídas a partir da “estabilidade

transgeracional de configurações comportamentais ontogenicamente adquiridas na dinâmica comunicativa de um meio social.

No caso de nós humanos, este acoplamento é extremamente complexo, de interações sociais geradoras de inúmeros fluxos subjetivos que ora nos capturam ora nos deixamos captura e, ainda, ora o desestabilizamos. Na figura da próxima página tentamos expressar toda esta complexidade do acoplamento estrutural humano e seus agenciamentos, possibilidades de transversalidades, de estabilidades e desestabilizações, seja em nível das relações e fluxos, seja a nível de corpo, movimento, estrutura celular, imunológica, etc, seja, ainda em nível das relações intersubjetivas internas. Tal figura pretende uma síntese visualizável de tudo o que tentamos produzir como conceitos até agora e pretende delinear os próximas noções que pretendemos conferir à vínculo nas relações entre médicos e pacientes.

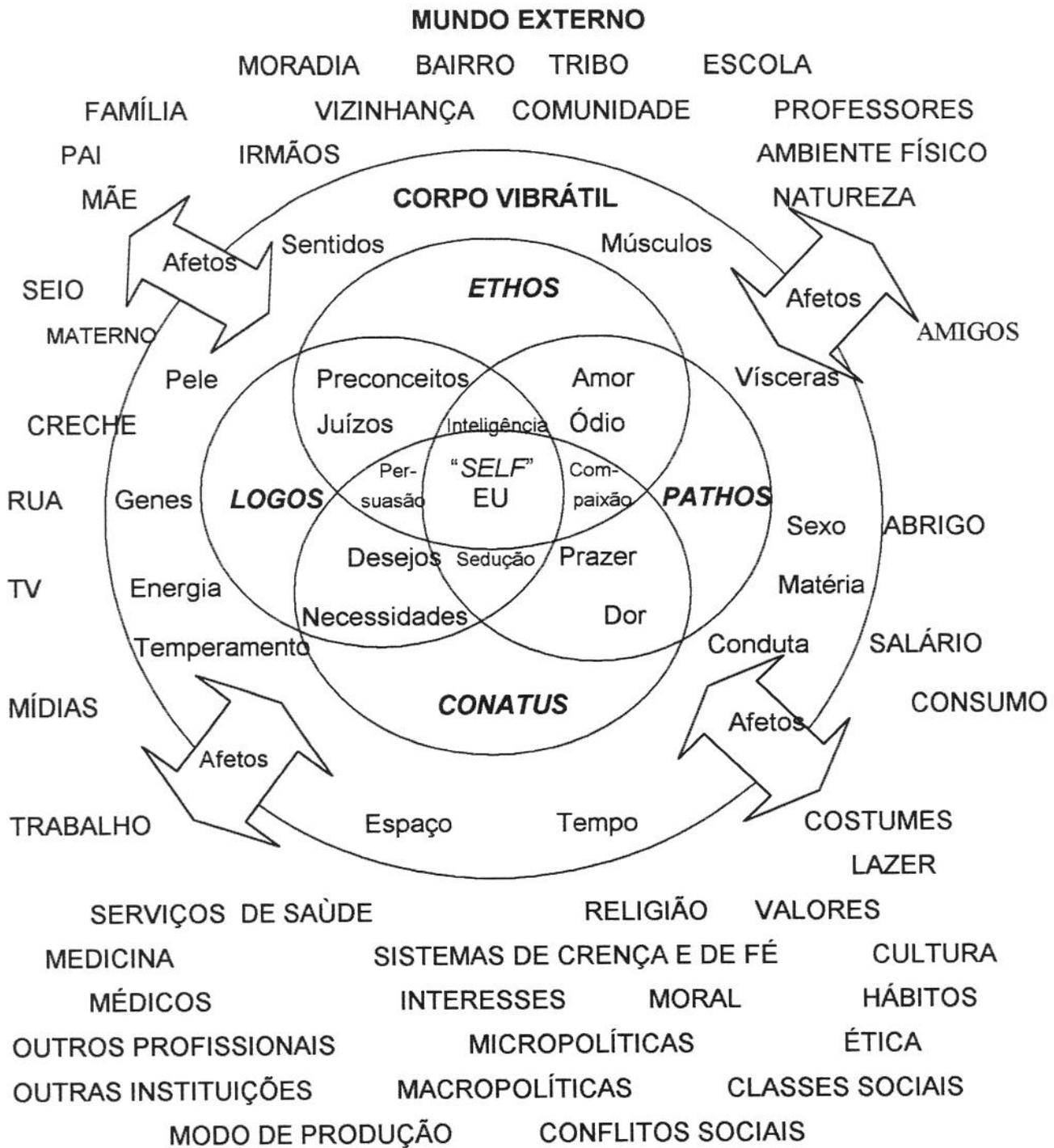


Figura 17: *Acoplamento estrutural de terceira ordem do ser humano*

Interesse e conexão

A consciência é um fim em si. Nós nos torturamos na tentativa de chegar a algum lugar, e, quando chegamos, vemos que não estamos em lugar nenhum, pois não há lugar nenhum aonde chegar.

(LAWRENCE, D. H., 1990. P. 55)

Amanda Alice

18 de janeiro de 2002.

Recebo o plantão no Pronto Socorro com certa apreensão. Meu companheiro de plantão vai atrasar-se. Já estava avisado. O plantão está um pouco tumultuado pela quantidade de crianças na observação. Nada de muito grave, porém tudo aguardando melhora ou resolução. Algumas crianças estão ali esperando avaliação de especialistas. Uma aguarda o oftalmologista, outras três esperam avaliação da Neurocirurgia. Os internos estão cheios de pacientes atendidos para discutir condutas, supervisão de histórias clínicas e exames físicos. Na terceira discussão de “caso”, um dos internos me traz a seguinte situação:

Amanda Alice, 1 ano de idade, filha de Marina, 24 anos, e Gerson, 23 anos. Criança entrou com a mãe, que queixa-se de que a filha está com tosse e febre há 1 dia. Desde o momento em que entrou na sala, a criança chora com os olhos arregalados, como se já previsse algo ameaçador. A mãe também parece um pouco ansiosa com o atendimento e com o tumulto do PS. À pedido do interno, conta o que está ocorrendo com Amanda, que vem apresentando coriza e tosse com expectoração, há uma semana e que há um dia apareceu diarreia, alguns episódios de vômitos e piora da tosse. Conta também que há dois dias a criança está muito irritada, associando esta irritabilidade a um gesto agressivo do pai que gritara com a criança naquele dia.

A mãe fala de uma comunicação do pai com a criança para tocar em outra dimensão de suas vivências. (Interlocutor pediatra)

Ao exame físico, a criança encontra-se irritada, chorando e dificultando qualquer tipo de ausculta. Encontramos membranas avermelhadas e abauladas, sugestivas de Otite média aguda bilateral. Solicitamos exame radiológico dos pulmões pois apresentava um certo desconforto respiratório. No restante do exame, observamos sinais de picadas de inseto pelos membros, um discreto hipotrofismo muscular e aparente pouco peso para idade, o que confirmou-se com a pesagem: 8.300g. Encaminhamo-las à sala de radiologia. Enquanto aguardávamos o Raio X, tive a intuição de que o comentário a respeito da agressividade do pai com a criança não tinha aparecido sem justificativas e que necessitava elucidação.

Recados e pedidos vindos de uma linguagem nem sempre audível e cujo acesso ocorre quando alguém está disposto a abrir a caixa de Pandora.
(Interlocutor pediatra)

Ao retornarem com o exame, que estava sem alterações, decido perguntar-lhe um pouco mais do que ocorrera no incidente com o pai. Imediatamente percebi que estava oferecendo um espaço que a mãe desejava muito: uma oportunidade para estar falando de suas dificuldades com o marido.

Conta que com a criança ele grita muito, mas que com ela era muito agressivo fisicamente e que agora não mais a agredia, pois ela também o enfrentava fisicamente e já se sabia mais forte do que ele. Na verdade sente muita pena dele, diz que ele precisa de muita ajuda, pois está muito perdido com sua sexualidade. Na medida em que a mãe ia conseguindo falar a criança ia se acalmando e chegou a dormir. Perguntei se ela achava que poderíamos ajudá-la em alguma coisa e ela disse que sim. Pedi para que a ouvíssemos (eu e o interno) um pouco mais e se possível indicássemos alguém para ajudá-los.

Pedi para que contasse o que quisesse e que estávamos ali para ouvi-la. Perguntei ao interno se ele gostaria de estar acompanhando a conversa e ele disse que sim. Senti que alguma revelação importante iria ocorrer. Marina remeteu-se a contar sobre sua gestação, que fora, muito tumultuada e que havia

... sido muito agredida pelo marido fisicamente, principalmente depois que descobrira, através de terceiros, que ele era bissexual. Na ocasião freqüentavam uma Igreja Evangélica e Gerson tentava envolver-se ao máximo com as ações da Igreja. Enquanto Marina não aceitava a situação do marido este era muito agressivo. A situação melhorou, quando passou a assumir uma atitude mais compreensiva e tentando encontrar alguma ajuda. Julga tratar-se de uma possessão demoníaca e que quando tenta superá-la acaba ficando mais agressivo. Marina nos conta sua história e suas dificuldades como se estivesse suplicando uma ajuda. Cada detalhe nos é contado para que nos choque.

Dificuldades que se manifestam nos diversos planos do viver porque traz feições morais, éticas (da violência e da sexualidade), das paixões porque "sente muita pena dele", da racionalidade porque procura uma ajuda na racionalidade científica e das pulsões, pois precisam defender-se das contingências impostas pelo próprio viver. As diversas esferas se manifestam a um só tempo estruturando uma vivência que reivindica oportunidades de vir à tona, chances de equacionamento na medida em que neste vir à tona se encontram as possibilidades de autopoiese. Contudo, essa autopoiese apenas se torna uma possibilidade se encontra lugar em um profissional que opta pela tentativa de ressubjetivar a sua prática. (Interlocutor pediatra)

Fico preocupado com os riscos de maus-tratos tanto da criança como da mãe e lhe pergunto se ela gostaria de fazer alguma denuncia. Diz que não, só pedem ajuda médica. Diz que o próprio Gerson pede ajuda neste sentido. Perguntei se ele encontrava-se no Pronto Socorro, e como a resposta foi positiva propus um atendimento com a psiquiatria, que gerasse uma conexão para futuros atendimentos. Gerson aprovou a idéia. A opção pelo atendimento na psiquiatria deveu-se, exclusivamente, ao pedido de ajuda para superar o sofrimento que Gerson vem apresentando, formulado de forma tão contundente por Marina e Amanda Alice. Em momento algum, julgamos como patológicas, as opções sexuais de Gerson e suas dificuldades em aceitá-las, porém o sofrimento individual e familiar merecia uma atenção com urgência. Talvez outra

oportunidade de se estabelecer uma conexão não viesse a ocorrer. Talvez a exposição do conflito e do sofrimento voltasse a se calar.

Além do atendimento de Gerson, solicitamos ao Serviço social uma avaliação de risco para maus tratos que tanto a criança como Marina poderiam estar submetidas. O risco avaliado foi pequeno e mesmo assim foi feita notificação da situação e encaminhada para o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, para uma avaliação mais próxima, através de visitas domiciliares e acompanhamento de longo prazo.

Senti alegria com as possibilidades de conexão agenciadas. Ficou a expectativa de que as mesmas ocorram de fato. Inúmeras possibilidades de desencadeamentos poderão ocorrer. Sinto pesar em não poder acompanhar a

Parece-me que a disponibilidade mostra sua face exatamente nesta *alegria*, na medida em que foi possível sugerir possíveis soluções para os incômodos. O sujeito autopoietico apenas se reconhece como tal na medida em que os espaços das diversas esferas [Ver quadro 1] do ser entram em contato e se positivam em interlocutores dispostos a escutar as subjetividades. (Interlocutor pediatra)

evolução, tenho que lidar com os limites dos contextos. Converso com a médica residente da Psiquiatria que acolheu muito bem nosso pedido e o valorizou como urgência. Viabilizou a conexão com o ambulatório de Psiquiatria para a semana

seguinte. Sugeriu encaminhamento de Marina para procura de atendimento psicológico através do Centro de Saúde próximo de sua moradia. Além das orientações pediátricas e prescrição de antibiótico para a otite de Amanda, fizemos referência ao Centro de Saúde, para ambas, mãe e filha.

Esta história me recorda duas coisas:

1) A tentativa de acesso a um mundo um tanto opaco: o mundo infantil, que refere no corpo, fatos da vida.

“Irritabilidade” da criança que mostra, nas atitudes, o que percebia e não compreendia muito bem. Mas que sabia, de alguma forma, que era carregada de negatividade, até que percebe que há uma janela ou uma porta que mostra um ambiente mais acolhedor, menos invasivo de si mesma e aí se acalma.

“a mãe ia conseguindo falar, a criança ia se acalmando e chegou a dormir”. Dorme como uma resposta pulsional à situação adversa e que se mostra arrefecida. Espertamente dorme como a demonstrar que aproveita as oportunidades de tranquilidade em um ambiente inóspito a uma situação de vida em crise.

2) A procura de ajuda por uma família que se encontra em crise e fala pela boca da doença de uma criança. (Interlocutor pediatra)

Quadro 1: Tentativa do interlocutor pediatra de sintetizar as percepções das esferas da subjetividade no relato do autor

	A SITUAÇÃO	O MÉDICO
ÉTHOS	<p>“com a criança ele grita muito”</p> <p>“com ela era muito agressivo fisicamente”</p> <p>“Enquanto Marina não aceitava a situação do marido este era muito agressivo”</p> <p>“possessão demoníaca”</p>	<p>“intuição de que o comentário a respeito da agressividade do pai com a criança não tinha aparecido sem justificativas e que necessitava elucidação”</p> <p>“pedi que contasse o que quisesse”</p> <p>“perguntei ao interno se ele gostaria de estar acompanhando a conversa”</p> <p>“Em momento algum, julgamos como patológicas, as opções sexuais de Gerson”</p>
PATHOS	<p>“desde o momento em que entram na sala, a criança chora com os olhos arregalados”</p> <p>“irritabilidade”</p> <p>“o pai gritara com a criança”</p> <p>“sente muita pena dele”</p>	<p>“Recebo o plantão com certa apreensão”</p> <p>“senti que alguma revelação importante iria ocorrer”</p> <p>“Fico preocupado com o risco de maus tratos”</p> <p>“Senti alegria com as possibilidades de conexão agenciadas</p>
LOGOS	<p>“tosse e febre há 1 dia”</p> <p>“coriza e tosse com expectoração”</p> <p>“diarréia”</p> <p>“vômitos”</p> <p>“está perdido com sua sexualidade”</p>	<p>“tumulto do PS”</p> <p>“internos aguardam para discutir condutas”</p> <p>“OMA bilateral”</p> <p>“estava oferecendo um espaço que a mãe desejava muito”</p>
CONATUS	<p>“irritabilidade”</p> <p>“oportunidade para estar falando de suas dificuldades com o marido”</p> <p>“a mãe ia conseguindo falar, a criança ia se acalmando e chegou a dormir”</p> <p>“Marina nos conta sua história como se estivesse suplicando uma ajuda”</p>	<p>“tenho que lidar com os limites dos contextos”</p>

Instituições médicas e de saúde e os contextos subjetivos

Entre a taxonomia selvagem da comadre que classifica e reclassifica indefinidamente seu mundo com o emprego dos códigos de sua educação, preconceitos e sua prática social (de mulher, esposa, mãe, etc.), e de outro lado a taxonomia científica do biólogo ou do sociólogo, notamos uma diferença de grau, não de natureza. O bororo e o etnólogo, e a comadre e seu vizinho culto, o aluno e o professor, o operário e o patrão produzem arranjos mais ou menos selvagens de seu saber a respeito da natureza e da sociedade.

(LOURAU, René, 1996, 274)

Proponho, aqui, um rápido percurso pelas instituições nas quais transito e que foram os territórios e cenários de todos os relatos desta tese. Trata-se de minha tentativa *selvagem* de produzir um arranjo mínimo a partir de meus saberes, preconceitos e práticas, para que sejam, de alguma forma, revelados os *contextos subjetivos* em que me vejo acoplado em meu cotidiano. Contextos, em que se dá meu *campo de experiências* profissionais e a maioria das situações relatadas como experiência de primeira pessoa.

A Medicina

Ser médico e estar médico, são dois contextos intimamente ligados à instituição medicina. Por medicina compreendo o conjunto de saberes que se constituem e se renovam a partir da prática de sujeitos médicos e médicas em relação com os sujeitos que os procuram, de experimentos controlados a respeito de situações problemas extraídas desta prática, e, ainda, de reflexões a respeito da mesma. Todos estes saberes conformam um discurso próprio, com uma tendência genérica a processos de disciplina. O saber anatômico organiza, o saber fisiológico define funções, a patologia nega tanto a

organização como a disciplina funcional. Vem, então, a clínica com suas várias faces: a *semiologia* e a *propedêutica* tentando “limpar” tudo o que não ofereça clareza ao patológico, a *terapêutica* e a farmacologia promovendo normas, prescrições e ordens médicas e, ainda, a *prognose*, sancionando predições, expectativas e previsões.

Ser médico é incorporar este discurso como *logos* essencial que extrapola os contextos das atuações profissionais. Torna-se fluxo subjetivo. Todos sabemos que boa parte desta forma de pensar é apropriada por inúmeras outras profissões e situações sociais que lidam com questões outras muito diferentes que a saúde e a doença. Quantas vezes já não ouvimos que é necessário um diagnóstico político, que a economia está na Unidade de Terapia Intensiva, que a droga é uma doença social, etc..

Estar médico, no entanto, nos coloca em outra situação, a de solicitação do discurso, ao mesmo tempo que se pede a ‘desincorporação’ do mesmo. Acredito que aqui encontra-se a arte: o saber utilizar-se do discurso sem se confundir com ele. E ao mesmo tempo desincorporar o discurso de que no outro não há sujeito, ou seja, de que só há doença. Pois, na verdade, no outro não há outro. O que existe é também eu. E se eu só enxergar doença, anormalidade, ou risco, deixo de me enxergar para fantasiar a respeito desta realidade. Torno-me discurso médico a respeito de riscos, normatizações, doenças. Estar médico é não abrir mão do sujeito que sou e do sujeito que o outro é. Implica em vibrar ao mesmo tempo um *conatus*, um *pathos*, um *logos* e um *êthos*. Implica perceber-se em seus contextos subjetivos. Implica em colocar-se à disposição, identificar sempre sua missão.

E qual é a missão do médico? A resposta a esta questão me tem sido respondida quase que cotidianamente por alunos de medicina e médicos residentes com os quais me relaciono. A missão do médico é ajudar, estabelecer relações de ajuda com o outro que nos procura em sofrimento ou em angustia, para promover a vida de seu *conatus*. Ajudar ouvindo, acolhendo, aliviando dor, cuidando, pensando sobre sua situação, articulando esta situação ao saber que nos oferece a experiência acumulada ou não a seu respeito, oferecendo idéias e saídas, possibilidades de cura, estimulando o autocuidado, autonomia na vida, gerando esperança. Entretanto, esta missão não é só dos médicos, é também de todos os profissionais que trabalham na área da saúde. E aqui

cabe uma missão a mais, perceber-se a si mesmo como um elemento a mais em toda uma *cadeia de cuidado*, onde muitos profissionais com seus respectivos saberes entram em campo. Com eles se pode oferecer melhor ajuda sem abrir mão de seu papel, de suas possibilidades e limites.

A pediatria e assistência ao adolescente

Atuar como pediatra significa em primeiro lugar restringir-se a um campo mais específico do trabalho médico. O campo da medicina que pensa, experimenta e atua em relação com uma etapa da vida dos sujeitos: do nascimento ao final da adolescência. Na realidade são múltiplas etapas até que este sujeito se torne um adulto. Trata-se de uma possibilidade também de se aproximar do adulto em outro contexto diferente ao da busca por uma interlocução a respeito de si mesmo: o momento do sofrimento e da angústia por quem este adulto ama, por uma parte de outro momento de sua ontogênese, seu filho, ou algum jovem que lhe toca. Como nos escreve D. W. WINNICOTT (1988):

A Pediatria proporciona ao estudante e ao médico a melhor oportunidade de conhecer de verdade os pacientes pediátricos e seus pais. [...] Sob o pretexto da alimentação do lactente, o pediatra pode, se se interessa por isso, auxiliar a mãe na delicada tarefa de apresentar o mundo ao bebê e assim lançar as bases para a saúde mental das crianças [...]. Foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri o fato de que isto provê a melhor oportunidade de tratamento, desde que a obtenção da história não seja feita com o propósito de coletar dados (WINNICOTT, 1988, 180).

O contexto da pediatria e da medicina voltada para adolescentes permite ao médico viver esta oportunidade da empatia e do esforço de comunicação vibrando mais próximo do que o outro está sentindo, e do que está realmente lhe incomodando. Desde que para isso, o pediatra se disponha ao vínculo, a escuta de sinais, a escuta de uma história que capte o vibrar dos corpos, a verificação dos medos escondidos, das fantasias e ao sintonizar-se com o outro. Entretanto muito se espera do pediatra, quase sempre se espera um super-herói nos momentos ameaçadores, se espera também um mestre do saber cuidar da criança, um pai acolhedor das mínimas dificuldades e muitas

vezes um companheiro com quem se possa contar com a presença a qualquer hora. São expectativas intensas e aparentemente pesadas, principalmente se não se dá conta de seus limites.

A saúde pública

Viver o contexto da Saúde Pública no Brasil, não é tarefa nada fácil. Não obstante é um privilégio poder conviver com a realidade epidemiológica de seu país, com as possibilidades de se vivenciar em nível micropolítico, o que se decidiu, ou deixou de se decidir em nível macropolítico. Trata-se de acreditar que é possível transformar o impossível em possível, o geral em singularidade, o sofrimento em aprendizado, a falta de recursos em criatividade. Trata-se do contexto da emergência do coletivo sobre o particular, do trabalho em equipe sobre a solução médico-centrada.

Será esta concepção de Saúde pública, e os fluxos subjetivos que dela se desprendem, que acompanhará os contextos dos serviços de saúde, onde vivenciei a maioria das situações relatadas aqui.

Os Serviços de Saúde

Entramos no campo da micropolítica do trabalho. O campo de experiência das relações vividas por mim, alunos de Medicina, médicos residentes e pacientes que procuraram nossa atenção. Este campo se constituiu de territórios concretos de serviços de saúde, instituídos como tais e como campo de interações de múltiplos profissionais voltados para um mesmo fim específico: cuidar e promover a saúde dos que nos buscam.

Faz-se necessário, aqui, descrever a percepção que tenho de cada serviço em seu momento no meu momento instituinte, parcialmente vivenciado por mim. Digo parcialmente, pois pude experimentá-los em momentos que não podem se confundir com o todo de sua existência. Em nenhum deles vivi seu funcionamento em período integral. Pude participar de reuniões de equipe em algumas ocasiões em alguns serviços, em

outros não. Porém tenho vivências importantes de serem relatadas aqui como elementos percebidos fundamentais para compreender o *contexto subjetivo*, no que se refere aos serviços de saúde, que permearam os atendimentos realizados e que são o objeto central desta tese.

No período de março de 1996 a março de 2002, tive a oportunidade de estar atuando em 5 diferentes Centros de Saúde (CS) da rede pública municipal de Campinas. Esta variabilidade tão grande de serviços em tão pouco tempo se deve principalmente às minhas necessidades de conjugar meu interesse no trabalho em Ensino Médico e as possibilidades de sobrevivência. Em dois destes serviços atuei como médico pediatra contratado para ações assistenciais. Nos outros três, apenas como médico contratado para ações docente-assistenciais, de supervisão de alunos e médicos residentes. Em um deles atuei tanto como médico de assistência direta como médico docente-assistencial. Neste período atuei a nível hospitalar, também como médico docente-assistencial num Pronto Socorro Infantil e, nos últimos 2 anos, num Ambulatório Geral para Adolescentes. A coleta de material para esta pesquisa ocorreu em 4 destes Centros de Saúde e nos serviços hospitalares. Todos estes serviços são totalmente públicos e integram o Sistema Único de Saúde (SUS) da macro-região de Campinas. A coleta de dados se restringiu, por motivos operacionais e devido ao maior vínculo, a 4 centros de saúde e aos dois serviços hospitalares.

No Centro de Saúde A, onde exerci atividade como médico pediatra assistente no período de março de 1996 a março de 1997, tive a oportunidade de atuar em consultas médicas e atividade de Educação e Saúde dirigida a gestantes matriculadas no Pré-natal. Tal CS encontra-se localizado numa região intermediária (nem central, nem periférica) do município, assiste uma população de aproximadamente 45000 habitantes, com cerca de 50% destes dependentes do atendimento no SUS. Esta população em geral é relativamente idosa e a demanda pediátrica não chegava, nesta ocasião, a ser exagerada. Era sim, aparentemente adequada ao número de profissionais pediatras (3 médicos contratados para atividades em 20 horas semanais, para cada período do dia (manhã, tarde e vespertino) e atividade docente assistencial equivalente a 24 horas semanais, das quais 8 delas eram de minha responsabilidade, neste período).

Neste período avalio o contexto macro político de relativa estabilidade e poucas propostas instituintes. No espaço micro político vivíamos uma gestão de grande esforço democrático e de certa contraposição ao instituído, sem, no entanto, conseguir mobilizar a equipe o suficiente para um movimento de reação. O instituído imperava e em algumas situações se sujeitava às poucas instabilidades e possíveis tentativas de reversão (por exemplo, alguns dias de paralisação do funcionalismo público, reivindicando melhorias salariais). Em algumas ocasiões foi possível observar os fluxos de troca subjetiva entre os sujeitos e suas diferentes posições profissionais nas conversas de corredor, nos intervalos para o cafézinho, etc.. Os incômodos com a demanda, os desejos de consumo, os conflitos e sofrimentos vividos nos contextos familiares, as relações mal digeridas com as normas a serem cumpridas, tudo isto vibrava nas estruturas da unidade. Podia também ser percebida toda a intensidade do vibrar dos pacientes na sala de espera, nos corredores, no jardim e na horta comunitária. Algumas eram figuras sempre certas. Lembro-me, especialmente, de um paciente da Saúde mental que vivia intensamente o serviço, conhecia todas suas deficiências e suas possibilidades e revelava a todos como e quando encontrar tal e qual profissional, assim como o humor percebido no dia, as fragilidades das estruturas, a forma de atuação de cada um. Era um bom termômetro do serviço.

No Centro de Saúde B, atuei neste período de março de 1996 a março de 2002 como médico docente-assistencial, na supervisão direta de alunos e médicos residentes em Pediatria, em consultas médicas de crianças e adolescentes. Trata-se de uma unidade de saúde mais central do município, responsável pelo atendimento de atenção primária a uma população grande, mas que, em boa parte é pouco dependente da assistência do Sistema Único de Saúde. Tal população caracteriza-se por ser de pirâmide etária envelhecida, sendo a procura pela área de pediatria, relativamente adequada a quantidade de profissionais pediatras (2 médicos contratados para 20 horas semanais nos períodos da manhã e tarde e mais atividade docente-assistencial equivalente a 24 horas semanais, das quais têm sido de minha responsabilidade 4 a 8 horas por semana, dependendo do período considerado). Digo relativamente adequada pois tem assumido boa parte de uma demanda espontânea vinda de bairros de invasão

que cresceram muito rapidamente em região próxima, neste mesmo período, e que, teoricamente, não fazem parte da área de cobertura do CS.

Do ponto de vista de equipe, trata-se de um grupo que em boa parte, carrega um estigma de “equipe problema”. Digo boa parte, pois muitos funcionários já se desligaram da instituição e muitos outros foram incorporados. Entretanto, relações não atualizadas, mantêm conteúdos afetivos do passado. Por exemplo, não consigo me relacionar com determinada auxiliar de enfermagem, sem enxergá-la como uma pessoa muito magoada com a forma em que foi tratada nos últimos 15 anos pelo menos, em seu processo de inserção na unidade. Fora admitida há quase 20 anos atrás como visitadora sanitária (uma espécie de agente comunitária de hoje) e nesta ocasião recebera treinamento para esta atividade. Exerceu muito pouco este papel, pois com as mudanças sucessivas do modelo assistencial, seu cargo deixou de existir e ela teve que aceitar outros papéis dentro da unidade. Sua aceitação, como a de muitos outros em situação igual à dela, não foi tranqüila. Sua revolta podia ser percebida em seus movimentos, em seu olhar, na sua comunicação com os gerentes, e com a população. Passou de área em área sempre com dificuldades de adaptação. Acabou por se adequar a um papel no setor de recepção. Sempre que possível sua mágoa vinha a tona de forma pública, principalmente nas reuniões de equipe. Muitos anos se passaram e a aceitação destas situações já foram superadas, porém ainda sinto este vibrar do passado em seus movimentos, na sua forma de se aproximar das pessoas, nas suas solicitações.

A estrutura física do prédio deste Centro de Saúde, em si, revela boa parte da história das políticas de saúde das últimas décadas vividas pela cidade. Projetado para ser um grande centro de saúde na década de setenta, passou por tentativas de torná-lo um centro de referência para atendimento em nível secundário, e na última década foi transformado em espaço compartilhado por três diferentes serviços que pouco se relacionam. A improvisação de áreas, consultórios, salas com divisórias, etc., deixam a sensação de que tudo ali é provisório, um provisório que se perpetua. Dificultam a criação de uma identidade para o serviço.

Outro fluxo subjetivo importante que observo nesta unidade é o de uma “cultura” de não aceitação de tudo o que venha como proposta de outros níveis de gestão para mudanças de eixo ou de modelo assistencial. Estas propostas sempre são muito mal recebidas, ou recebidas com total descrença, e acaba não encontrando possibilidades de tornar-se algo que mobilize a ação do grupo. A gestão local, portanto, sempre sofre pressão e por muito tempo não conseguiu se manter um mesmo gerente por mais tempo. De qualquer forma, a unidade funciona com ou sem gerente, quase que num movimento incorporado a todos de que a vida sempre continua apesar das mudanças políticas, dos gerentes e das propostas que vêm de fora.

Neste movimento lento, muitos profissionais novos foram admitidos e um esboço de novas velocidades já é percebido. Já é possível tornar realidade projetos terapêuticos e de acompanhamento interdisciplinar para algumas situações problemas. Aos poucos todo o movimento proposto de transformação do modelo assistencial, que configura o contexto macro político dos últimos anos, já passa a ser percebido na unidade.

O Centro de Saúde C localiza-se em região mais periférica da cidade e é responsável pelo atendimento de uma área de cobertura não tão populosa, porém, muito dispersa geograficamente, mais de 60% desta população depende da assistência do SUS exclusivamente. Assim a unidade é responsável por demanda significativa de crianças e adolescentes oriundas de bairros pobres, áreas de invasão e população de zona rural. Atuei neste serviço como médico pediatra contratado para atividades em 20 horas semanais, no período de maio de 1997 a outubro de 1999. Pude desenvolver consultas médicas, atendimentos conjuntos com a equipe de enfermagem e atividades de Educação em Saúde voltadas para grupo de mães e puericultura e grupo de adolescentes em Escolas públicas da região. A equipe pediátrica era composta por 4 profissionais médicos, atuando 2 no período da manhã e dois no período da tarde.

Os fluxos subjetivos que permeiam a unidade são boa parte originados nos vínculos interpessoais que as pessoas mais antigas mantêm como identidade cultural da comunidade, que até pouco tempo, por sua distância da cidade, era relativamente pequena, assemelhando-se a um pequeno município. Entretanto, nas últimas décadas, a

região foi assolada pela especulação imobiliária, e encontra-se, enfrentando todas as dificuldades de um crescimento populacional veloz, e de alto desequilíbrio na distribuição de renda. Estas mudanças encontram-se nos olhares, nos relacionamentos, em preconceitos quase que explícitos, nas reivindicações de privilégios, etc.

Com relação à equipe como um todo, no período em que lá trabalhei, sempre senti uma certa dificuldade da equipe em aceitar propostas novas, que tentassem viabilizar novos contatos e interdisciplinaridade nas ações. Nem mesmo integração entre atendimento médico e atendimento de enfermagem conseguiam se aproximar. Aparentemente, tudo funcionava segundo a lógica do cumprimento de uma tarefa esperada, não se sabe bem por quem, mas que tinha que ser cumprida. Apesar da idéia e da ética do dever estar sempre presente, percebia que o que era considerado dever não era determinado pela população e sim por cada profissional que ali trabalhava. O prazer e o desejo podia ser percebido mais nos momentos de confraternização, que eram bem poucos e quase sempre feitos às escondidas, do que no cotidiano do trabalho.

No Centro de Saúde D, atuei no ano de 2001, na supervisão de médicos residentes em Medicina Preventiva e Social, na área da criança e de adolescentes. Desenvolvemos juntos, consultas médicas e atividade de Educação e Saúde voltada para grupos de Adolescentes em escola da área de cobertura. Trata-se de uma população de inferior a 10000 habitantes, com 95% de dependência do SUS, caracterizada por intensa pobreza, precariedade no saneamento básico e condições de moradia, e significativa violência. A equipe como um todo parece ser insuficiente, dada a pressão da demanda percebida na recepção da unidade e as dificuldades de agendamento.

Aqui a vibração central é medo. Grades se interpõem entre o público e o interior da unidade. Percebe-se que a estrutura física foi se modificando para adequar-se as possibilidades que iam se constituindo com o tempo. Existem várias possibilidades de entrada, que se por um lado acessam os pacientes às várias áreas de atendimento (sala de vacina, curativos, sala de reuniões, consultório de enfermagem, consultórios médicos, etc.), por outro dificultam o trânsito pela unidade como um todo, como se fosse obrigado consumir uma coisa de cada vez. A equipe promove um entrosamento fácil com novos

profissionais, porém senti um pouco de desconfiança com relação ao que eu fazia lá. Creio que desconfiança justificada uma vez que nosso trabalho tinha um tempo definido para ser desenvolvido.

Com relação ao Ambulatório de Adolescentes, trata-se de um serviço de referência regional para atendimento de jovens na faixa etária de 12 a 20 anos, encaminhados tanto do Ambulatório geral de pediatria do hospital, como de serviços de atenção primária da macro-região de Campinas. Trata-se de uma demanda referenciada de adolescentes que vivem situações de saúde relacionadas com patologias muito freqüentemente crônicas, e/ou de difícil condução em atenção primária. Tenho participado deste ambulatório à convite de sua coordenadora, na freqüência de 8 a 12 horas mensais, das quais tenho assumido papel de médico assistente na maioria delas e, em algumas situações, supervisão docente-assistencial de médicos residentes em Pediatria. Do ponto de vista subjetivo, sinto toda a estrutura hospitalar vibrar uma organização do trabalho muito bem definida, com hierarquias e papéis profissionais muito claros, porém um certo inconformismo deglutido e digerido, que transparece em comentários de que as coisas são assim mesmo, sem possibilidades de se transformar.

O Pronto Socorro de pediatria é um serviço de porta aberta à demanda espontânea e referenciada da mesma macro-região. Boa parte de sua demanda consiste de pacientes acompanhados nos ambulatórios de Pediatria e especialidades do Hospital. Portanto, atende número significativo de crianças de 0 a 14 anos em situações de crise e/ou descompensação de seus problemas crônicos. No entanto a demanda espontânea também é significativa. Tal serviço conta com equipes de plantão diurno e noturno, que se revezam a cada 12 horas. Minha inserção é como médico plantonista para atividades docente-assistenciais junto a médicos residentes em Pediatria e em Saúde da Família e alunos do 5º ano médico. A carga horária média deste trabalho é de 44 horas mensais, dividida em 3 plantões noturnos. A equipe, exceto poucas ocasiões parece ser suficiente para o atendimento da demanda. A subjetividade presente á a do estado de alerta para as situações de risco de vida. O fluxo de pacientes, ambulâncias, e dos profissionais revelam este estresse constante.

Estes seis serviços apresentam diferentes processos instituintes de suas ações, que guardam entre si o vínculo exclusivo com o SUS da região em seus diferentes níveis hierárquicos. Os dois primeiros Centros de Saúde constituem unidades mais antigas da rede municipal, que até os tempos atuais trazem elementos instituídos no começo de suas constituições. Os dois outros são unidades originalmente municipais e que sempre desenvolveram suas atividades de atenção primária e saúde coletiva sem resquícios de outras propostas assistenciais mais antigas. Os serviços hospitalares, em outro nível da cadeia de cuidado e da rede de saúde pública, têm papéis muito definidos, principalmente, com relação a sua missão de ensino, pois tratam-se de serviços universitários, que de certa forma priorizam esta atividade.

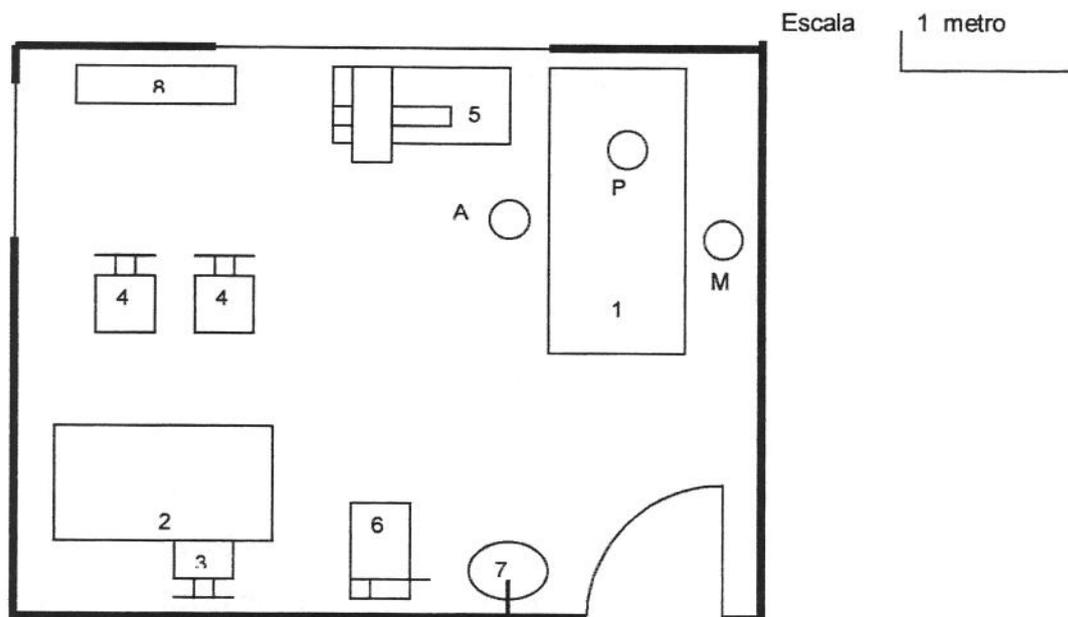
Abrir a porta: sobre o meu consultório

Um espaço. Um território de trabalho. Ao entrar dentro dele já percebo vários fluxos subjetivos a minha espera. A limpeza do espaço, a organização do material necessário para o atendimento, a decoração e o material recreativo para as crianças, e até mesmo disposição dos móveis já expressam formas de relação do médico com os pacientes, com o serviço, com a equipe. Já delimitam possibilidades, expectativas.

Nunca estou satisfeito com o que está proposto. Sempre que inicio um trabalho num novo consultório, sinto necessidade de rearranjá-lo. Sinto necessidade de ocupá-lo com minha subjetividade, meus desejos e concepções de espaço. Em centros de saúde, mudanças de disposição de móveis e ocupações tão intensas precisam ser negociadas, com a gestão, com a equipe, com o 'colega' médico que ocupa o mesmo espaço. Quando passei do Centro de saúde A para o centro de Saúde C, vivi esta necessidade de forma contundente. O tamanho dos espaços, eram significativamente diferentes. A minha disposição também. Vinha de uma unidade, onde a equipe oferecia inúmeras possibilidades de interação e de parcerias, onde sentia um reconhecimento de meu trabalho, legitimidade e respeito entre os usuários. Nesta outra unidade, sentia que precisaria criar novas relações de respeito, legitimidade e reconhecimento. Puro desejo de reconhecimento. No pouco contato que havia tido com a equipe já percebia que as

possibilidades de relação com as pessoas eram diferentes. De repente já estava julgando estas possibilidades como menores. Puro preconceito.

Com relação à disposição dos móveis, a experiência no Centro de Saúde A havia me impregnado de que o momento do exame físico era fundamental na relação com a criança e a mãe. A disposição da maca de exame era fundamental para isto. Havia aprendido com a pediatra que dividia o espaço comigo, que se a maca ficasse entre o médico e a mãe (ou qualquer outro acompanhante), os dois teriam mais acesso à criança sobre a maca no momento do exame. Isto não só permitiria a mãe dar mais segurança com sua presença à criança, mantendo-se em igual distância que o médico da criança, assim como poderia também participar do exame e tornar-se uma parceria importante do médico. A disposição dos móveis, equipamentos e das pessoas, no consultório no Centro de saúde A, aproximava-se do que tento expor no desenho da figura 18.



Legenda 1 Maca de exame 2 Escrivaninha 3 cadeira do médico 4 cadeiras de pacientes
5 Mesa com balança de lactentes e material de exame 6 Balança antropométrica 7 Pia
8 Armário M médico P paciente A acompanhante

Figura 18: Consultório e a disposição de equipamentos e pessoas no Centro de Saúde A

A situação encontrada no Centro de Saúde C era bem diferente. Tento expressá-la na figura 19.

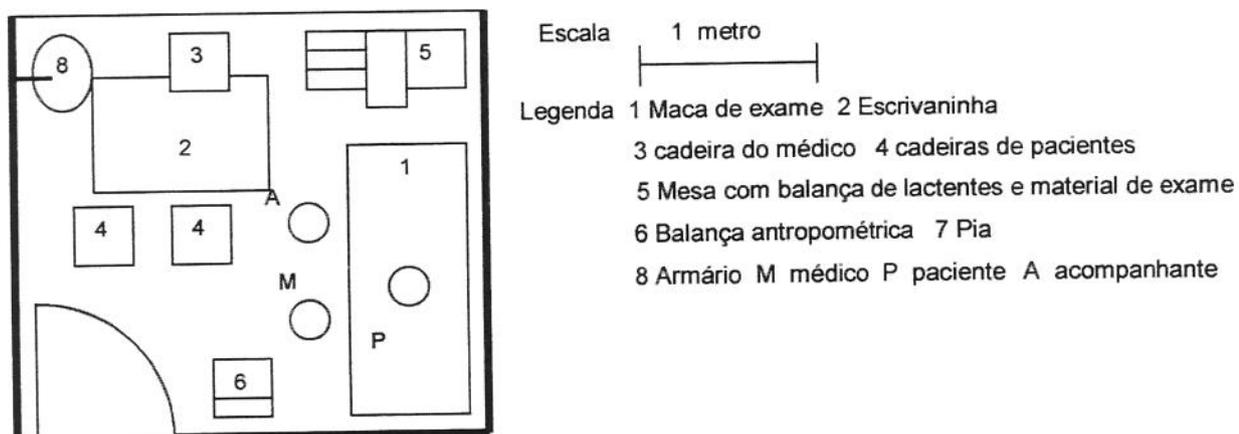


Figura 19: Consultório do Centro de Saúde B

Após processo de consulta da equipe e dos colegas que usavam o mesmo consultório, pude estabelecer uma diferente disposição de móveis e equipamentos, que permitiram transferir um fluxo subjetivo de concepção de consultório pediátrico de um Centro de Saúde para outro. O potencial da situação não ofereceu grandes oportunidades de mudança. Apesar de apertado, a situação ficou mais ou menos assim:

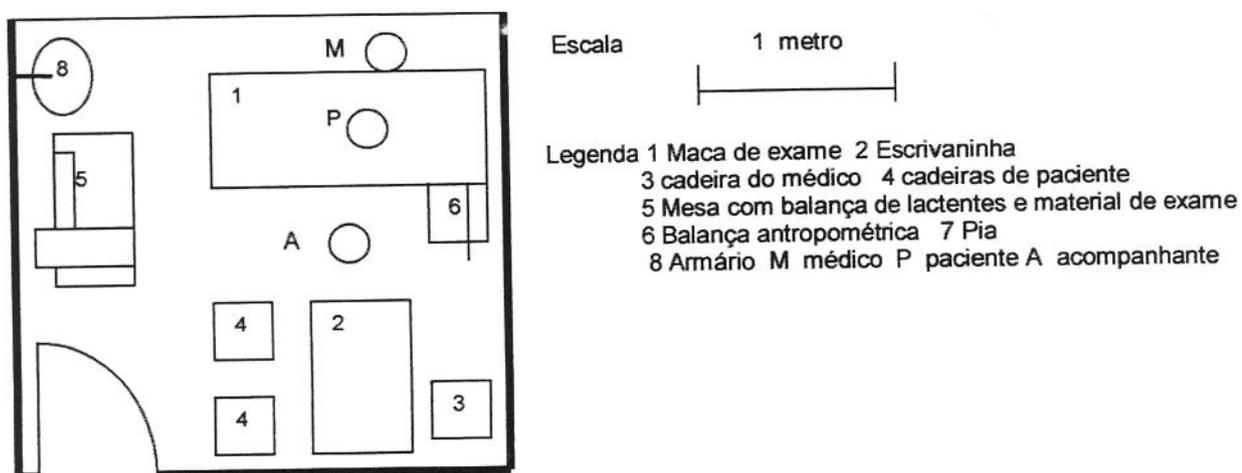


Figura 20: Mudança na distribuição de móveis, equipamentos e posição das pessoas no Centro de Saúde B

No início, houve bastante estranhamento com relação a nova forma de ocupar o espaço, porém com o tempo a aceitação foi relativamente grande. A oportunidade de contar com a participação mais ativa do acompanhante, permitindo o acesso deste ao momento mais difícil da relação médico-paciente significava muito mais que uma mudança na disposição de móveis no espaço. Apesar de criar um transtorno no início, instituía-se ali também a estratégia que eu já havia incorporado e que bem poderia facilitar o contato com o paciente e seu acompanhante, podendo oferecer possibilidades de expressão de dúvidas e de participação mais ativa no atendimento. Estas possibilidades permitiam a criação de um vínculo de confiança e também de parceria dos acompanhantes nas avaliações, decisões, e acesso à criança.

Outra necessidade que julgo importante no consultório pediátrico é a criação de um espaço seguro e confortável que a criança possa explorar sem correr riscos, assim como possa passar algum tempo ali dentro sem se entediar. Para isto considero fundamental o material recreativo, com alguns brinquedos, livros, papel para desenho, massinha, etc. Muitas vezes este tipo de material gera desarrumações na sala e uma necessidade de cuidado e limpeza, que nem sempre é compreendida pela equipe. Muitas vezes percebemos na forma como as coisas são re-arranjadas o incômodo que causaram. Faz-se necessário um esforço relativamente grande para que a equipe aceite esta forma de atuar. Lembro de um palhaço de brinquedo que eu tinha na sala, que se desmontava e que muitas vezes no tempo de consulta não havia tempo para rearticulá-lo. De qualquer forma era um interessante brinquedo, tentar remontá-lo. No final do período eu sempre tentava re-arranjá-lo. No dia seguinte, após a faxina do consultório, encontrava sempre o palhaço no beiral de uma janela bem alta. Às vezes estava montado, às vezes desarticulado. Percebia o incômodo que ele causava, não sei bem a quem, mas de qualquer forma havia neste gesto, bem como no meu uma comunicação muito clara de não compartilhávamos da mesma concepção do sentido que aquele espaço podia oferecer.

Cenários prontos abre-se as portas para se viver a experiência de atender nestes contextos.

Sob pressão

O homem livre em nada pensa menos que na morte; e sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas da vida

(ESPINOSA, Baruch, 1983, p. 264).

2 de fevereiro de 2000

Dia de chuva, dia de plantão. Chego ao Pronto Socorro às 16 horas. Apesar da chuva ser um bom sinal indicativo de que o plantão possa ser mais tranquilo com relação ao volume de atendimentos, por outro lado indica que o que chegar é realmente urgente. A chuva presente desde a manhã deveria ter produzido este efeito, porém não é isso que encontro ao chegar ao plantão. Sinto um clima denso no ar, ao entrar no Pronto Socorro. Em parte a densidade se deve à alta pressão atmosférica provocada pela chuva, mas o que pesa mesmo é o tumulto provocado pela reforma do PS. Não há sala de espera, nem corredores para se aglomerar. Há apenas espaços entre os boxes provisórios, construídos para o atendimento nos próximos meses. Pessoas adoentadas, gementes, traumatizadas, enfaixadas, misturam-se com funcionários, seguranças, médicos, alunos e enfermeiros. Quando chega uma ambulância, a massa de pessoas gera um corredor que possibilita a entrada da emergência.

A sirene mais uma vez dá seu sinal. Pela forma como é estacionada a ambulância, já se pode prever a gravidade. A porta se abre rangendo forte e lançando pedidos de socorro desesperados. Uma voz de mulher suplica aos gritos que salvem seu filho. Acabaram de sofrer um grave acidente numa das auto-estradas próximas do Pronto Socorro. Corpos molhados de sangue e chuva adentram ao espaço onde atendemos as urgências. A criança, um bebê de 1 ano e meio aproximadamente, chega em parada cardíaco-respiratória. A mãe é afastada. Grita que quer seu filho vivo de novo. Seu choro

rouco expirando todo o ar possível dos pulmões revelam que ela já sabe que o filho morreu. Sinto frio na espinha e dor logo abaixo do estômago.

Observo as tentativas de reanimação prontamente desencadeadas pelos médicos residentes e equipe de enfermagem. São inócuas. As pupilas oculares estão em total midríase, o acesso venoso é impossível. A criança deve estar morta a pelo menos uns vinte minutos, calculamos, a partir das informações da equipe de resgate. Os gritos da mãe continuam vibrando entre os olhares observadores das pessoas aglomeradas ali. Os olhares pareciam compartilhar o desejo de ver salva a criança mesmo diante da clara convicção de todos de que já morrerá. Tenta-se acesso intra-ósseo e desfibrilação. Sucesso nulo. Resta lidar com o desespero. A mãe é atendida pela equipe de Clínica Médica. Logo está sedada, sozinha em uma maca no corredor. Sinto sua dor dilacerante como um vazio sem dimensões. Aos poucos volto a pensar.

Penso na expectativa que nos foi trazida. A perspicácia possível ali era esta: atender o melhor possível ao pedido desesperado da mãe. Mesmo sabendo-se da fatalidade desde o início. Penso neste papel de super-herói que se espera do médico muitas vezes. Penso em todas as vezes que fui submetido a situações como estas. Me vêm a mente as situações de sucesso e as de fracasso. Sofro com o peso dos fracassos. Liberto-me com as reminiscências dos sucessos. Penso no desespero que esta mãe deve ter tido durante o trajeto até o hospital. Penso também no que é a esperança. Sinto a dor e o louvor de ser médico. Apesar de toda a tristeza, ainda sinto um certo contentamento por esta profissão existir.

Vínculo como sintonia de vibrações

A pessoa não representa a ética, mas encarna-a, como um perito dá corpo ao próprio saber-fazer; o sábio é ético ou mais explicitamente, ações a este nível brotam de inclinações que uma disposição inteligente da pessoa produz em resposta a situações específicas.

(VARELA, Francisco, 1992, p. 38)

Entrar em contato

Entrar em contato com o outro é tomar consciência do outro. Como nos diria D. H. Lawrence: “*Consciência real é contato. Pensamento é sair fora de contato.*” (LAWRENCE, apud SANTOS, 1989, p. 73) Porém esta saída do contato, muitas vezes reajusta o próprio contato. Aqui se encontra a dualidade dialética da existência humana, o maior desafio: lidar com a força vital do contato do *eu* com o *mundo*, ou seja, a consciência deste mundo e, ao mesmo tempo, saber se utilizar de uma de suas maiores forças, o pensamento para um melhor ajustamento deste contato. Em outras palavras, é a dualidade da existência primeira do *conatus* (com todas as emoções, sentimentos e paixões, gerados deste esforço) em contato com o mundo e a constituição de um *logos* complexo, que permite reajustar o contato para fortalecê-lo, se o coloca com mais possibilidades de contato ou para enfraquecê-lo, afastando-o demasiadamente do contato. Ou seja, toma mais consciência do mundo e de si, seu Eu, seu *self*, quem se abre ao contato, que aquele que se prende ao pensamento.

Contato, o estar em contato, é a base da consciência, e é a base da felicidade duradoura. Pensamento é uma forma secundária de existência, mente é uma forma secundária de existência, um sair fora do contato, um afastar-se, a fim de se chegar a um melhor ajustamento no contato.” (LAWRENCE, apud SANTOS, 1989, pp.73-4)

Vibrar irrevogavelmente em um polo ou em outro significa *aprisionamento* e é tão forte a prisão do *pathos* quanto a do *logos*. A síntese deste processo, a possibilidade da *liberdade* humana encontra-se na constituição do *êthos*, mas não um *êthos* imposto, transcendente e sim um *êthos* fundado no corpo, no viver, no esforço de perseverar na existência, fundado no *conatus*, enfim, um *êthos* imanente. Citando, mais uma vez David H. Lawrence:

O que o homem deseja com mais paixão é sua totalidade viva e sua unidade viva, e não a salvação isolada de sua “alma”. O homem quer a realização física antes e acima de tudo, pois é agora, e pela única vez, que ele tem sua carne e sua potência. Para o homem, a grande maravilha é estar vivo. Para o homem, como para a flor, o animal, a ave, o supremo triunfo é estar mais intensamente, mais perfeitamente vivo. O que quer que saibam os não nascidos e os mortos, eles não podem saber a beleza, a maravilha, de sentir na carne que está vivo. Os mortos podem cuidar do além. Mas o aqui e agora da carne é nosso, e só nosso, e nosso só por algum tempo. Deveríamos dançar de êxtase por estarmos vivos, em carne e osso, fazendo parte do cosmo vivo e encarnado. Faço parte do sol como meu olho faz parte de mim. Que faço parte da terra, meus pés sabem perfeitamente, e meu sangue faz parte do mar. Minha alma sabe que faço parte da espécie humana, minha alma é uma parte orgânica da grande alma humana, tal qual meu espírito faz parte de minha nação. Em meu próprio eu faço parte de minha família. Nada há em mim que seja só e absoluto, exceto minha mente, e havemos que descobrir que a mente nem tem existência por si só, é apenas o brilho do sol na superfície das águas (LAWRENCE, 1990, p. 121).

Neste sentido, Baruch Espinosa nos aponta o sentido de ética imanente como possibilidade de liberdade, de compreensão, intelecto comandado pelo corpo e suas afecções. O pensamento entra aqui como possibilidade de articulação de idéias que fazemos destas afecções. Assim se rompe com a dualidade mente-corpo, ou melhor, alma-corpo. É bom lembrar que para Espinosa, a alma é idéia das afecções corporais. Em outras palavras, é “*consciência dos movimentos, das mudanças, das ações e reações de seu corpo na relação com outros corpos, das mudanças no equilíbrio interno de seu corpo sob a ação das causas externas. A alma é consciência da vida de seu corpo e consciência de ser consciente disso*”. (CHAUI, 1995, pp. 115)

Ou seja, se consciência é estar em contato e pensamento é afastar-se do contato, a alma como atividade pensante e ao mesmo tempo só adquirindo consciência de si através do tomar consciência das modificações, dos movimentos, da vida ou das afecções de seu corpo, necessita o contato primeiro com o próprio corpo para dele tornar-se indissociável. Assim tanto a mente quanto a alma e o espírito necessitam o contato do ser com seu próprio corpo para se incorporar. Mas o contato de que nos fala D.H. Lawrence (1990) é o contato com o presente infinito, ou seja é um contato com o cosmos. Desta forma o entrar em contato de Lawrence aproxima-se do conhecimento de terceira ordem que nos propõe Espinosa. Enfim, trata-se do resgate, ou melhor, contato constante do Eu atento, a consciência central, o *self* central com seu corpo.

Da existência concreta deste *self* e de seu oposto, a sua vacuidade, ou seja, do ser e do nada, é que percebemos o vibrar indelével de um *viver-morrer* singular, que adquire no tempo linear do nascimento à morte, a experiência ampliada a cada instante da eterna vibração (e quiçá a consciência) do *conatus*, do *pathos*, *logos* e *êthos* simultaneamente. É a partir deste vibrar singular e do desejo de constituir-se de forma ampliada com o mundo, ou seja do desejo de contato com o outro é que o Eu ganha sentido, pode construir sintonias, ressonâncias de vibrações, comunicação sutil, empatias, virtudes, *êthos*, vínculo.

O Eu atento

O Eu, *self central*, pura atenção para contato. Desejo de contato oscilando com desejo de reconhecimento, ou seja, desejo de ser contatado, imerso a uma realidade de possíveis contatos, a princípio, previamente agendados, esperados. Surpreendentemente, surge um outro desejo de contato, não previsto, não agendado. O corpo vibrátil pode, então, oscilar para *inclusão* ou para *indiferença*. Um caminho ou outro começa pela vibração que adquire o olho, o *olhar*, para em seguida desencadear uma ação. A força comunicativa do olhar é fundamental neste processo. Tentarei

exemplificar esta força com duas situações, para tornar mais claro este disparador do contato: o olhar.

O primeiro exemplo vem da *imaginação*. Imaginem que desejamos entrar numa festa que não fomos convidados. Nos preparamos o melhor possível para sermos aceitos. Chegamos e o que encontramos são *olhares* que o tempo todo nos colocam na situação de intruso, de não convidado, de não desejado. O sentimento de exclusão começa a partir do olhar e é inevitável. O mais provável que ocorra é que não consigamos suportar tamanha hostilidade. Só manteremos ainda o desejo de estar lá, se nos fizermos e nos impusermos como dignos de reconhecimento, pois nos sentimos com toda a reputação para estar lá. E, assim, irão ter que nos “engolir”. Ou ainda, se esperamos que em algum momento nos surpreenderá outro “intruso”, ou até se já contatamos alguém que deverá chegar e nos reconhecer, só assim, podemos fazer uma festa paralela e usufruir da “infra-estrutura” da festa principal.

O outro exemplo vem de uma experiência real. Recentemente, cheguei ao Centro de Saúde B e ao entrar havia um homem caído (ou deitado) no chão, como se estivesse dormindo. Era um andarilho, exalava odores de andarilho misturados a álcool. Sua posição no chão impedia o fluxo de todos que quisessem entrar. Era necessário saltar sobre seu corpo ou contorná-lo com certo esforço. Fiquei ali por alguns minutos, observando a reação e o olhar das pessoas que por ele passavam. Alguns saltavam e nem mesmo “se davam conta” da situação. O olhar quase sempre era de indiferença. O andarilho mal era percebido. Assim entraram alguns pacientes e alguns funcionários do CS. Outros, desconfortavelmente, contornavam o corpo e lançavam um olhar de estranhamento, misturado a reprovação. Depois de algum tempo percebi que a reprovação não era com relação ao serviço aceitar tal situação. Fiquei com a impressão que reprovação era de como alguém podia se deixar chegar àquele estado. Creio que meu olhar e minha aproximação para o contato mobilizou o olhar de outro funcionário. Veio em minha direção para esclarecer que não havia nada a fazer, pois já tinham chamado a equipe de resgate da defesa Civil para encaminhá-lo ao Pronto Socorro. Perguntei se algum atendimento havia sido feito. Havia recebido atenção de enfermagem, que providenciou o resgate. Neste momento vários funcionários e

pacientes já se aglomeravam em torno de mim. Percebi que minha preocupação gerava a formação de um efeito de *massa*. Pedi ajuda para colocá-lo sobre uma maca. Tentei comunicar-me com ele. Encontrava-se em torpor por provável alcoolismo, mal podia me enxergar. Solicitei verificação de pressão arterial e teste de triagem para detecção de hipoglicemia. Afastado este risco, iniciamos hidratação endovenosa enquanto aguardava o resgate.

O Eu atento, disposto ao contato, lança o olhar necessário para se estabelecer a relação. Deste olhar uma série de modificações corporais são sentidas pelo outro. Vibra-se o *pathos* com toda intensidade. Uma série de expectativas (reminiscências de sentimentos, emoções, imagens semelhantes, etc.) a respeito da relação se sucedem. Misturam-se, assim *pathos* e *logos*. Dá-se uma afecção. Um fluxo subjetivo consegue permear nosso corpo. Toma-nos como um todo como *disposição*, que, por si só, desencadeia ação. Emerge o *êthos* completando e ampliando a afecção. Em nosso segundo exemplo, enquanto havia apenas observação, não havia “contágio”. Foi exatamente quando da observação se gerou uma ação ética, que começaram a aparecer as possibilidades que estavam embotadas. Contagiou outros que provavelmente estavam incomodados. Este fenômeno é ressonância. O mesmo do som da corda que vibra e que se amplifica ao ressoar no interior do corpo do violão.

A Ressonância de empatia

Ressonância é sempre uma amplificação de um fenômeno, de uma vibração, até mesmo um equilíbrio de vibrações. Lembremos da de uma experiência comum a quase todo mundo. A de empurrar uma criança num balanço. Não há necessidade de se levantar o balanço o mais alto possível para depois soltá-lo. Basta empurrar suavemente o balanço até que este entre em compasso das oscilações para que em pouco tempo, o balanço seja bastante intenso. Boa parte das crianças consegue o compasso apenas com o balanceio do próprio corpo sobre a capacidade oscilatória do balanço. Quando se obtém ressonância se obtém equilíbrio de frequências e transformação de energia. Entendendo aqui energia como medida ou grandeza quantitativa da capacidade que

uma partícula, um corpo, uma substância ou um sistema físico tem de atividade ou tem para entrar em atividade e realizar trabalho.

Para se entrar em ressonância com o estado vibratório de um corpo, faz-se necessário entrar na frequência vibratória do outro corpo. E para que isto ocorra há que haver um meio entre eles que transmita suave e sutilmente estas vibrações. Para facilitar o que estou pretendendo falar, observemos este experimento proposto um livro de física.

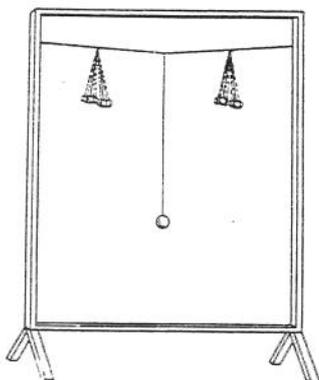


Figura 21: Os pêndulos

Porém no mesmo fio encontra-se outro pêndulo de diferente comprimento. E o que ocorrerá com ele? Não ocorrerá nada. O período de vibração deste pêndulo é outro e o pêndulo pequeno não o fará vibrar. Este terceiro pêndulo presencia um fenômeno interessante de “transmissão” de energia de um dos pêndulos a outro sem tomar parte ele mesmo (LANDAU & KITAIGORODSKI, 1963, pp.122-3).

Sem dúvida, apesar de matéria vibrátil, não somos pêndulos. No entanto nossa capacidade de *empatia* é enorme. Empatia é uma forma de ressonância. É entrar em *pathos*, na mesma vibração do *pathos* do outro. Só se consegue vibrar na frequência do outro se se tem o mesmo período de oscilação livre do outro que no nosso caso, seres vivos que se reconhecem parecidos, esta frequência é determinada pela mesma natureza do *conatus* que temos em comum, o mesmo esforço para perseverarmos na existência. E o fio que nos une chama-se disposição para o contato. E a essa *disposição*

para o contato que se inicia pelo olhar que inclui, que aceita o outro como legítimo outro, e que só é possível através do Eu atento, conectado, chamo de *vínculo*.

Vínculo como sintonia de vibração. Fio que transmite vibração de vida de um para o outro. O mesmo vínculo mãe-bebê do cordão umbilical, que se transmuta em inúmeras possibilidades de relação inter-humana, inter-subjetiva, inter-corpórea. Empatia e possibilidade de vínculo sempre correm junto. John Bowlby (1979) nos escreve:

Os vínculos afetivos e os estados subjetivos de forte emoção tendem a ocorrer juntos, como sabem todos os romancistas e autores teatrais. Assim, muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de vínculos emocionais. Em termos de experiência subjetiva, a formação de um vínculo é descrita como “apaixonar-se”, a manutenção de um vínculo como “amar alguém”, e a perda de um parceiro como “sofrer por alguém” (BOWLBY, 1997, p. 98).

Guardadas as devidas proporções, pode-se dizer que todas as relações que se instituem a partir de disposição para o contato, com grande potencial de gerar *convivência*, devem ser chamadas de *vínculo* e sempre estarão associadas a fortes emoções. Daí, muitas vezes a nossa resistência a nos conectar, nos vincularmos. Preferimos, muitas vezes, nos prender a razão, ao *logos*, à força do pensamento que nos afasta do contato. Considera-se aqui que o vínculo na relação entre médico e paciente permite a possibilidade de eficácia nas ações de saúde, pois permite o não agir seguro, o acompanhamento de uma evolução natural, o uso empático de um medicamento. É segurança, nos dois sentidos: do médico para o paciente e deste para o médico. Quando há vínculo há prudência, há adesão, há retorno, há afeto e gratitude. Enfim há melhores resultados. Associa-se assim, eficácia à resultado. Porém ela não se enlaça apenas ao resultado ela é também processo, atenção, afeto, satisfação de ambos os lados. Enlaça-se assim a desejo, a prazer, a prudência e a amor. Aproxima-se à sua etimologia latina *efficacitas* que significa força, virtude.

Esta sintonia, este espaço afetivo entre médico e paciente e que está sujeito a inúmeras vicissitudes de contexto, de fluxos subjetivos, fantasias e falhas de avaliação de ambos os lados, necessita possibilidades de ajustamento. Aqui, entram em cena as possibilidades da comunicação, a possibilidade de entrar em *Logos* afetivado e ético com o outro. É o caminho para a *compreensão* do outro em toda sua singularidade. É neste momento que aproximamos a *ressonância da empatia* às possibilidades de *ressonância da comunicação*, que como médicos aproximamo-nos da estratégia da ação comunicativa, que se caracteriza pela atuação da inteligência intuitiva. Aqui ocorrem os *insights*, as melhores hipóteses diagnósticas e os melhores projetos terapêuticos.

A ressonância de comunicação

Ampliar a capacidade de comunicação implica em disposição para escuta. Do momento do olhar, do acolher, do impacto inicial do ampliar o sentir o outro em si, toda energia aí gerada se transforma em energia potencial para o ouvir. Ouvir que agora exige escuta. Escuta que não é só audição. É totalidade de sentidos dispostos a se comunicar, a aceitar as mensagens que evocam do outro. Trata-se do conectar-se às mensagens, aos apelos do desejo de comunicação do outro. Múltiplas fantasias e desejos de comunicação que precisam tornar-se palavras, gestos expressões. Frases compreensíveis, gestos comunicativos. O que nem sempre flui espontaneamente. Temores, preconceitos, emoções negativas podem, consciente ou inconscientemente, interferir nestes momentos do dizer, do expressar. A disposição para a escuta implica um profundo rompimento com o julgar e numa aliança com a atenção. Agora, o Eu atento é todo ouvidos. Ouvir com todo o corpo, como se este fosse uma caixa de ressonância. Permitir que as palavras, silêncios, gestos e expressões do outro vibrem todo seu sentido e todo seu *non sense* dentro de si. Assim ressoa o relato de uma experiência, de um viver. Passemos a uma reflexão mais precisa do dizer.

O momento do dizer

Estamos em pleno domínio lingüístico de nossa subjetividade. O linguajar que flui de nosso corpo para se relacionar com o outro, com o mundo. A linguagem como elemento constitutivo fundamental da comunicação humana é *poiese* das reações humanas. Não se dá no corpo. Nosso corpo é que cresce e se produz nela, “*no fluir em coordenações consensuais de conduta*”, como nos alerta Humberto Maturana.

Certamente se levo uma cacetada na cabeça e caio desmaiado ou morto, meu discurso desaparece. Necessito de meu cérebro para estar na linguagem. Tenho um cérebro que é capaz de crescer na linguagem, mas a linguagem não se dá no cérebro. A linguagem como fenômeno, como um operar do observador, não ocorre na cabeça, nem consiste num conjunto de regras, mas ocorre no espaço de relações e pertence ao âmbito das coordenações de ação, como um modo de fluir nelas (MATURANA, 1998, p. 27).

Sem dúvida estamos acoplados a um domínio lingüístico da subjetividade que se constitui na relação com o mundo. Assim se explica porque em diferentes contextos de relação o linguajar se reestrutura em seus diferentes fluxos de coordenações consensuais de conduta. O viver requer palavras, signos de expressão, consensuados socialmente através de todos os signos, sintaxes e gramáticas que constituem não só a língua recursiva deste viver como o linguajar do contexto específico. No domínio interno da subjetividade, por sua vez, a linguagem ocorre como *metáfora intuitiva* da experiência. Assim nos ajuda pensar Nietzsche (1987):

O que é uma palavra? A figuração de um estímulo nervoso em sons. [...] Um estímulo nervoso, primeiramente transposto em uma imagem! Primeira metáfora. A imagem por sua vez, modelada em um som! Segunda metáfora. E cada vez completa mudança de esfera, passagem para uma esfera inteiramente outra e nova. [...] Acreditamos saber algo das coisas mesmas, se falamos de árvores, cores, neve e flores, e no entanto não possuímos nada mais do que metáforas das coisas, que de nenhum modo correspondem às entidades de origem (NIETZSCHE, 1987, p. 33-4).

A partir da palavra como *metáfora primitiva*, formam-se os conceitos. Processo de generalização abstrata. “*Todo conceito nasce por igualação do não igual*”. (NIETZSCHE, 1987, p. 33-4).

[...] Essa palavra única, fruto de uma vivência, será capturada pelo sistema de abstração que a vai reduzir, empobrecer, descolorir, transformar em conceito – esse “resíduo de uma metáfora” que iguala o não igual [...] Da metáfora intuitiva ao conceito. Da vivência à abstração. Da diferença à uniformidade. Do singular à generalização. Entre os dois, o esquecimento do homem que vai amordaçar-lhe o corpo, sujeitá-lo à forma primordial (SANTOS, 1989, p. 29).

Assim se dá o processo de explicação que oferecemos a um observador a respeito de nossa experiência viva. “*Explicar é sempre propor uma reformulação da experiência de uma forma aceitável por um observador.*” [...] “ [...] *Aquele que escuta é quem constitui uma reformulação da experiência como explicação, ao aceitá-la como tal.*” (MATURANA, 1998, pp.40-1) Mas no instante de dizer, de se articular uma explicação, uma reformulação da experiência vivida, vive-se outra experiência. Desta vez apaziguadora, se acolhida como aceita pelo outro. Este instante é singular. É puro encadeamento de sentimento, aquela intersecção entre *pathos êthos e logos* que já falamos anteriormente. É possibilidade de conexão intuitiva, estratégia comunicativa geradora de criação, de ação, de atuação. Na relação médico paciente este instante é fundamental, mesmo que a escuta não seja totalmente compreensiva, ou que almeje uma interpretação. O que vale é o esforço por se fazer aceito pelo outro. Sobre este instante nos escreve Marie-José Del Volgo (1998):

O instante de dizer é um instante de gênese, no sentido em que é criador de acontecimentos psíquicos. Propriamente falando, ele os engendra, à condição que o encontro tenha lugar. Esse tempo mútuo deixa a lembrança de um encontro, deixa traços na história dos pacientes e na nossa, e é enquanto fato de história que o instante de dizer cria uma irreversibilidade; abertura a uma criação, a esse “instante mítico do começo”, o instante de dizer é produtor de reelaboração e de reconstrução. (DEL VOLGO, 1998, p. 29).

Quem observa nossa explicação pode aceitá-la ou não. Tudo depende de como esta explicação foi ouvida. Quando alguém refuta uma explicação, dizendo-nos equivocados, “*o que no fundo o outro diz é eu não aceito esta reformulação da experiência como a reformulação da experiência que eu quero ouvir*” (MATURANA, 1998, p.41). O ouvir deixa a passividade da audição para se tornar atividade, escuta que se enlaça ao desejo, ao querer e assim rearticula o contato.

Escutar e ouvir

Trata-se da oscilação entre o escutar e o ouvir, no sentido de *ouvir* que nos propõe Laymert Garcia dos Santos (1989):

Ouvir não é sinônimo de passividade – restringir-se a entender o que entra pelos buracos dos ouvidos, procurar identificar o significado do som. Na audição, importa tanto ou mais o como que o que se ouve. No como se dá ou não o contacto com o quê. Com o que soa. Se soa bem, se ouve, se aprecia. Apreciação que é encontro, comunhão do que vibra soando com o que vibra ouvindo. E, do encontro, resulta como sobra, algo a mais, desnecessário do ponto de vista da economia da audição mas fruto dela, o sentido. Por isso ouvir implica abandono, silêncio interior, entrega, disponibilidade para o outro. Condições imprescindíveis, mas raras; pois não se ouve quando se é servo, sobretudo servo do narcisismo (o que é a mesma coisa) (SANTOS, 1989, pp. 26-7).

O dizer, como instante de gênese de sentidos, e o ouvir, como entrega e silêncio interior, implicam em disposição para o outro. Mais uma vez amplifica-se a vibração. Esta oscilação do escutar e do ouvir, promove uma transformação de energia, pois implica em atividade, esforço, trabalho. O *Eu atento* procurando compreender, procurando aceitar a explicação que o outro promove. Trata-se do mesmo esforço da leitura. Ler com os ouvidos. E ler com os ouvidos

[...] é cuidar que esses órgãos se sintonizem na mesma faixa de onda que vibra na boca de quem fala. [...] Leitura onde a linguagem toma corpo através da sintonia do corpo que ouve com o corpo que enuncia. Reencontrar o texto primitivo do homem:

retorno a metáfora primitiva, ao natural da linguagem figurada (SANTOS, 1989, p. 34).

O esforço é no sentido de fazer ressoar, limpar o espaço da linguagem, o espaço da relação. É através da atenção ao gesto, à postura, ao humor, aos lapsos de linguagem, às atitudes compassivas, às sedutoras, às persuasivas do outro, que se pode perguntar a si próprio: o que estas metáforas primitivas tem a ver comigo? Como eu me sentiria em seu lugar? E abrir espaço para expressão de sentimentos. Assim vazios vão sendo preenchidos. Vazios que ao adquirirem conteúdos irão ressoar, tanto em um como em outro. Neste momento se está próximo à sintonia de vibração. A relação está prestes a confirmar-se como vínculo. Já é conexão.

A duração deste momento não é o mais importante. Não importa o contexto, assim como não importa o futuro, o quanto irá durar. Isto é consequência, efeito. O que importa mesmo é a intensidade da conexão, a intensidade do *Eu atento* agora ressoando e a disposição de suportar tal vibração e agir. O que importa é a ampliação, a atividade gerada. No caso da relação médico paciente, importa não só as possibilidades de se “objetivar” uma hipótese diagnóstica, uma proposta de terapêutica, mas também as possibilidades do que ressoou internamente nestes instantes de comunicação. As possibilidades de se *re-autoproduzir*, de se sentir autônomo e não comandado, de poder negociar um melhor caminho para superar a adversidade, o medo, o sofrimento, a dor. Toda esta *disposição do Eu atento* pode assim ser captada, pode ressoar no outro.

Neste momento, a relação se desprende do *pathos* e do *logos*. Conecta-se ao *êthos*, da sabedoria intuitiva da inclusão do outro como legítimo outro nas possibilidades de convivência que poderão advir. O outro irá aceitar ou não tudo isto que de alguma forma está sendo comunicado. Se aceito, a conexão confirma-se-se vínculo. Do encontro das metáforas primitivas exteriorizadas, expostas vibram as comoções e feridas da experiência. Gera uma nova experiência. Este mutuo acolher de vibrações já é uma nova energia. É vínculo. Sintonia de vibração.

Da sintonia a autopoiese

Deste momento de sintonia de vibrações e de ressonância, mediada pelo desejo de explicação de um e a aceitação ou não do outro do que o primeiro propõe como reformulação de sua experiência vivida, surge o impacto da vibração que ressoou fora, na experiência externa, no dentro, nos domínios internos da subjetividade. As disposições tanto de um como do outro irão reverberar na carne. Em tudo o que constitui o corpo, em tudo o que está fixo, acomodado poderá se gerar movimentos, gestos, intenções, atitudes para consigo mesmo.

Este movimento de fora para dentro promove um vínculo com os objetos internos da subjetividade de cada um. Se constitui assim um vínculo interno, onde a *aceitação* ou *não aceitação* da reformulação experiência vivida diante a experiência da sintonia de vibração vivida aqui e agora, gera um afeto interior, que produz movimento de atitude para consigo mesmo e para com os objetos interiorizados. Serão inúmeras as possibilidades destas atitudes internas. Movimentos internos do *êthos*. Enrique Pichon-Rivière (1989) coloca estas experiências de vínculo vivido externamente e vínculo vivido internamente em relação dialética uma com a outra.

Falamos de vínculos internos e de vínculos externos integrados num processo de espiral dialética. O vínculo que é primeiro externo, depois se torna interno, depois, externo novamente e, depois volta a ser interno, etc., configurando permanentemente a fórmula dessa espiral dialética, dessa passagem do dentro para fora e do fora para dentro, o que contribui para configurar a noção de limites entre dentro e fora. Isto determina com que as características do mundo interno de uma determinada pessoa sejam completamente diferentes daquelas do mundo interno de outras pessoas frente à mesma experiência da realidade externa.” (PICHON-RIVIÈRE, 1989, p. 56)

Tentemos identificar, na relação médico paciente, algumas possibilidades dos fluxos dissipadores dos vínculos internos com relação ao vínculo vivido externamente. Para o médico, este aceitar ou não a reformulação da experiência e seu atuar através de

uma resposta, um olhar, um gesto, uma proposta, guiados por todas as possibilidades de *insights* nele gerados, poderá reverberar em inúmeras possibilidades de atitudes internas com seus objetos internalizados. Estas poderão atuar de forma decisiva sobre processos que estavam enclausurados, solicitando liberdade, seja reforçando ou não esta clausura, ou liberando-os para uma auto-indulgência, para um reelaborar. Poderão atuar na forma de criar outras clausuras, outras liberdades, outras bases ou estruturas para o *êthos*. Mas o que é mais importante é que foi a experiência de um esforço deliberado de disposição para o vínculo externo, que o autoproduz num outro médico, pronto para a partir daí enfrentar outras e outras experiências. Este dispor-se ao infinito, transforma a experiência finita em *afecto*, em *perspecto*, em arte, tecnologia leve de trabalho. Confere leveza ao ser médico.

Para o paciente, sua reformulação da experiência sendo aceita ou não e a vivência da reatuação da experiência em forma de vínculo externo, pode gerar inúmeras possibilidades de vínculo com seus objetos internos. O médico introjetado poderá ser um objeto mau ou bom a partir do que foi eticamente vivido no aqui agora, em contraste às experiências anteriores que deixaram resquícios imagens de atuações semelhantes. Poderá assim ser enclausurado, negado, ou até mesmo aniquilado. Como poderá ser libertado, libertador e liberador de novas criações de atitudes internas consigo mesmo. Assim, a relação médico–paciente sempre irá gerar algum impacto na *autopoiese* daquele que nos procura. Seja qual for a experiência vivida, sempre alguma sintonia ocorrerá, alguma atitude será tomada e alguma impacto interior irá reverberar. O que interessa aqui é a qualidade de vínculo constituída. Qualidade que se constrói através do olhar, do grau de interesse envolvido de um pelo outro, das possibilidades de atenção propiciadas, da conexão ou não às emoções, da intensidade da ressonância e da atitude, sua transparência, sua congruência, sua consistência em relação à realidade dos dois.

Vínculos para se acompanhar vínculos

O que se sabe hoje acerca da ontogenia dos vínculos afetivos sugere que estes se desenvolvem porque a criatura nasce com uma forte inclinação para se aproximar de certas classes de estímulos, notadamente os que lhes são familiares, e para evitar outra classe de estímulos – os estranhos.

(BOWLBY, John, 1997, p.99)

A cada dia tenho mais certeza que lidar com desenvolvimento humano, como nós pediatras lidamos, é estar lidando com o *amor*. Mais precisamente com processos de constituição de *relações amorosas* que podemos traduzí-los em linguagem mais técnica como processos de constituição de *vínculos*. Vínculos que se estruturam a partir de fluxos de vibrações subjetivas que se expressam e, portanto são *fluxos afetivos*, que emanam dos corpos vibráteis em relação. Duas situações singulares vivenciadas por mim necessitam ser relatadas para que se possa prosseguir nesta reflexão sobre vínculo. Considero-as significativas em meu processo de compreensão do vínculo na relação médico paciente, exatamente porque são exemplos de processos singulares de vínculo na relação mãe e filho e posteriormente na relação médico-mãe-filho, que me fugiram muito do que eu poderia esperar. Tentarei relatá-las o mais preciso possível através de minhas anotações em diário e algumas lembranças marcantes.

Trata-se de duas mulheres que gestaram seus primeiros filhos quase que na mesma época: Marina, 35 anos, que gerou Thomas entre maio de 1995 e fevereiro de 1996, e, Solange, 22 anos, que gerou Leandro, entre agosto de 1995 e maio de 1996. Acompanhei-os todos no Centro de Saúde A.

Conheci Marina nos grupos de gestantes que eu, uma das enfermeiras e uma das auxiliares de enfermagem fazíamos no Centro de Saúde, na ocasião. Era um projeto muito interessante e motivador. Idealizávamos como objetivo dos encontros com as gestantes, oferecer oportunidades para que elas pudessem viver a gestação com mais

segurança, aliviar possíveis angústias, valorizar seus *desejos* e suas possibilidades como *sujeitos* do processo de gestação e do momento da hora do parto e, ainda, que pudessem conquistar *autonomia*, tanto no processo de *auto-cuidado* durante a gestação como posteriormente após o nascimento do bebê. Marina chegou ao grupo por indicação da psicóloga do serviço que a acompanhava e também participava da preparação de alguns encontros deste grupo.

Marina fora metalúrgica e estava aposentada há dois anos devido seus problemas de saúde. Era *epiléptica* e era acompanhada pela equipe de Saúde Mental por *depressão*. Felizmente, estava muito melhor nos últimos dois anos depois de conhecer seu atual companheiro, Marcos, 29 anos, cobrador de ônibus, com quem acabara de dar origem a um filho. Marcos era seu segundo namorado e atual marido. Participavam os dois, semanalmente, dos encontros com outros casais gestantes e outras gestantes que vinham desacompanhadas. Creio que sentíamos todos em cada reunião uma força muito grande, que emanava de nos mesmos e que nos ligava em grupo. A adesão era muito grande. Sempre discutíamos algum tema que era de interesse do grupo, através de oficinas para nos aquecia e nos aproximava para as conversas. Fazíamos também exercícios físicos e relaxamentos para suportar “nossas” mudanças corporais e para “nos” preparar para o parto etc. Fomos, então, criando forte vínculo durante todo o processo que assegurava espaços para qualquer tipo de dúvida, para qualquer dificuldade. Espaços concretizados não só no momento dos encontros do grupo, como também de consulta individual e atendimentos de enfermagem.

Em 15 de fevereiro de 1996, foi admitida já com 4 horas de pleno trabalho de parto. Dez horas depois, nasceu Thomás, de parto normal, onde realizaram peridural, a seu pedido, para alívio. Pesou 3 600g para 49 cm de comprimento com bons índices de vitalidade: Apgar 8 e 9. Marina diz que sentiu-se muito pouco apoiada na Maternidade. Acha que demorou muito para que a criança nascesse. Chegou a pedir por cesareana mas em momento algum escutada. No alojamento conjunto sentiu pouco apoio nas tentativas de amamentação. Neste atendimento, lhe pedi que desse uma nota (de 0 a 10) à assistência ao parto e à assistência no alojamento conjunto, questões que faziam parte de um protocolo de pesquisa que eu desenvolvia na época. Deu nota 5.0 ao parto

e 3.0 à assistência no Alojamento conjunto. Senti que suas notas eram rígidas muito por conta das expectativas adquiridas durante os encontros nos grupos de gestantes.

Solange veio pela primeira vez ao Centro de Saúde recém puérpera, quando Leandro tinha 13 dias de vida para realizar a primeira vacina. Neste mesmo dia pude dar início ao seguimento de puericultura a eles. Chamou-me muito a atenção sua palidez, logo que a vi. Percebi que deveria estar anêmica e perguntei a ela se havia tido anemia durante a gravidez. Disse que não sabia pois não havia feito consultas de pré-natal. Perguntei o motivo e logo entendi que ali havia uma longa história a ser contada. Solange ficara grávida de um quase namorado que não ficou sabendo da gravidez. Rapaz adolescente, não aceitaria de forma alguma, pois não estabeleceram vínculos afetivos mais fortes. Solange se considera de classe social inferior, pois este rapaz seria filho de um dono de estacionamentos de automóveis na cidade. Grávida e solteira, Solange não conseguiu contar nada a família. Teve medo do pai e da mãe. Não sentia segurança em nenhuma das irmãs e só contou com a escuta e, um certo apoio precário, de uma amiga da escola, que também não pôde ajudar muito. Conseguiu esconder a barriga toda a gestação. Procurou sempre usar roupas largas e como sempre fora “gordinha” não provocou desconfianças. Nem mesmo no colégio perceberam sua gravidez. Muitas vezes só tinha o bebê na barriga para conversar, disse. Entrava no banheiro e ali conversava com ele. No início não o aceitava, porém depois sentia-se muito feliz por não estar só. ‘Tinha sua companhia’.

Na hora do parto, Solange foi levada a um pronto socorro do mesmo hospital onde nascera Thomás, pois todos os familiares achavam que estava com “pedras nos rins”. Para surpresa de todos, nasceu Leandro, com 3240 gramas de peso e 49 cm de comprimento. Recebeu excelentes índices de Apgar: 9 e 10. No início a família rejeitou os dois. O pai não queria que ela voltasse para a casa. A mãe garantiu o retorno. Quando o avô encontrou o neto, apaixonou-se. Toda a situação passou a ser encarada como cômica, mas que poderia ter sido muito trágica. Solange contava sua história para mim com um tom de brincadeira. Minha curiosidade e creio que minhas expressões de interesse em ouvi-la estimulavam esta tendência. Creio que minha atitude não

censurando ou não a julgando tenha sido importante para que iniciássemos ali um vínculo de confiança.

Com relação à assistência ao parto, julgou-a excelente. Apesar de demorado (mais de 18 horas em trabalho de parto no hospital), disse que em nenhum momento pensou que poderia perder o filho. Evoluiu para parto *forceps*, recebeu anestesia apenas no período expulsivo, pouco antes da manobra de alívio. Não conversou com nenhum dos profissionais que a atenderam. Não ficou sabendo seus nomes, nem mesmo sabe dizer se foram os mesmos que a acompanharam durante o parto. Acredita que houve muitas mudanças de profissionais. Sentiu que todos foram muito profissionais e que em momento algum a julgaram mal por sua história. Deu nota 10 à esta assistência. Com relação ao alojamento conjunto, ficou frustrada com o médico pediatra, que disse que ela talvez não pudesse receber alta por conta do bebê, porém não retornou para esclarecê-la do que estava ocorrendo. Saiu do hospital sem saber se algum problema acontecera com o bebê. No cartão do Recém-nascido, encontrei apenas uma referência de que havia sido notado icterícia até a região abdominal no segundo dia de vida. Solange deu nota 8,0 ao atendimento de Alojamento conjunto. Por conta deste deslize o pediatra, e também pelo pouco apoio da enfermagem.

Nesta primeira consulta e nas subseqüentes, Solange manifestava muitas dúvidas a respeito da *maternagem*. Muitas vezes, começava pelas dificuldades com a alimentação da criança e acabava querendo certificar-se de tudo o que vinha sendo orientada pela avó da criança. No entanto, suas dúvidas e queixas tinham o significado do querer acertar. Senti muita alegria de estar oferecendo respostas, ou como na maioria das vezes, tentando com ela dar soluções às dúvidas, e de saber que ela podia contar comigo. As orientações que podia oferecer bem como o conhecimento do desenvolvimento “normal” esperado serviam para alimentar confiança e fortalecer o vínculo entre nós, o que de certa forma fortalecia o vínculo mãe–bebê. Nas consultas seguintes à primeira, a dupla passou a vir sempre acompanhada de uma das tias, irmãs de Solange. Pude perceber que Leandro já era muito querido por todos os familiares e que Solange parecia cada vez mais segura de sua maternidade. Numa das consultas, contou-me que havia procurado o pai da criança, mas este não quis aceitar a filiação. Tal

fato não foi nada que pudesse desestabilizar as relações mãe e filho, bem como deste com os demais familiares.

O acompanhamento de Solange e Leandro, me fizeram refletir um pouco a respeito do vínculo que eu vinha estabelecendo com Marina, Marcos e Thomás. Comecei a me perguntar a respeito de se o trabalho feito no pré-natal era tão fundamental, como imaginava, para garantir o vínculo posteriormente e para que os pais se sentissem cada vez mais seguros. Pelo contrário, Marina e Marcos pareciam cada vez mais inseguros. Passaram a me procurar, quase que semanalmente, para que eu decidisse tudo a respeito da criança. Perguntavam a respeito até se era normal a criança dormir durante o dia. Muitas dúvidas me pareciam ter sido trabalhadas durante os grupos de gestantes, porém para eles parecia que o momento de tê-las era agora. Diferente do que sentia com relação a Solange, passei a sentir irritação com relação às dúvidas trazidas por Marina e Marcos e de suas necessidades de atenção constante.

Ao comparar as duas situações passei sem querer, a avaliar meu vínculo com o casal como de *dependência*. Passei, então, a colocar limites durante o atendimento, procurando agendar retornos mais regulares, limitando mais o tempo das consultas e retornando muitas de suas questões para que eles pensassem como resolver. Num dos retornos, quando Thomas já com 5 meses de vida voltava após dois dias de eu ter introduzido Sulfametoxazol-trimetoprim para tratar um segundo episódio de otite média aguda, senti que a ausência de Marina e a mudança do humor de Marcos teria algum significado. Thomás estava repleto de pápulas avermelhadas de aspecto alérgico: provável reação alérgica à sulfa. Senti que pela primeira vez minha conduta como médico era avaliada com desconfiança por eles. O pai expressava isto em seu olhar forma de me cumprimentar e na forma de perguntar suas dúvidas. Senti, então, que a relação tinha adquirido outro tom, o vínculo mudava de qualidade e que eu ainda não conseguia entender o porque. Estava preso ao sentimento de irritação. Já não conseguia digerir bem suas queixas. Achava-os numa atitude excessivamente angustiada para com o filho.

Neste dia, ao olhar para o pai e ouvir que estava muito preocupado com o filho e com a mulher, que voltara a se deprimir, pude perceber a fragilidade do esforço que estavam fazendo para que o filho tão desejado crescesse saudável e livre de doenças. Marcos pode então falar de Marina. Esta não consegue suportar o filho doente. Qualquer situação de alarme torna-se noite sem dormir, dias tendo que me procurar, e, muitas vezes, briga entre o casal. Ele mesmo já se sente assim. Não pode nem pensar em perder o pequeno Thomás. Está quase perdendo o emprego por conta das faltas. Olho para Thomás e o vejo tão saudável apesar do incômodo com a alergia. Consigo me enxergar na mesma situação. A sensação de sentir o coração vibrando na boca, ou ainda, sentindo sua pulsação nas mãos.

Percebo, então, que as situações de vínculo são extremamente singulares. O que havia de similitude apenas era duas mães se esforçando para reestabelecer um vínculo forte com seus filhos. Entendo, então, que não é possível imaginar “modelos esperados” para processos de vida e autopoieses tão diferentes. O que me parecia fragilidade na realidade revelou-se força, o que esperava que fosse possibilidade de força era na realidade uma enorme fragilidade. Apreendo, então, destas situações que a irritação talvez seja um bom sinal para que passe a ficar alerta com o que, possivelmente, está se ocultando. Parar e pensar de onde, possivelmente, vem o ocultamento na relação. Identificá-lo e ao mesmo tempo esforçar-se para reformular o vínculo. Da mesma forma a emoção de graça, talvez seja uma emoção que também pode estar ocultando algo e que é necessário ficar alerta, muito embora seja muito bom senti-la.

Na situação de Thomás e seus pais, percebi que o vínculo necessário era de *amparo*, porém mais alerta para que não voltasse a tornar-se dependência. Procurei apoio na equipe de Saúde mental, o que permitiu que a estes profissionais voltassem a ficar mais atentos às necessidades emocionais e afetivas de Marina. Fomos todos aos poucos percebendo que a relação precisava ser reformulada.

Acompanhei Leandro e Thomás até o segundo ano de suas vidas. Cresciam fortes, sempre com bom peso. Ambos foram amamentados quase que exclusivamente até os seis meses de vida. Alegria para o pediatra... Ambos desenvolveram anemia por

deficiência de ferro e foram muito difíceis para desmamar. Constrangimento para o pediatra.... Contradições do vínculo e do apoio da puericultura. Por mais que eu não queira não consigo deixar de me sentir responsável por situações como esta. No entanto, acredito que o saldo nas relações mães-filhos foi tão grande que qualquer dificuldade passa a ser menor, e desafia sua superação. Assim de salto em salto, seguimos vivendo.

Ampliando a escuta

O olhar apalpa as coisas, repousa sobre elas, viaja no meio delas, mas não se apropria. “Resume” e ultrapassa os outros sentidos porque os realiza naquilo que lhes é vedado pela finitude do corpo, a saída de si, sem precisar de mediação alguma, e a volta a si, sem sofrer qualquer alteração material.

(CHAUI, Marilena, 1988, p.40)

Captar com outros sentidos todas as expressões possíveis. Saber utilizar-se da visão livrando-se dos preconceitos a ela tão impregnados. Trata-se do sentido que mais emite juízos, pois é o que mais produz representações, imagens aparentemente “acabadas”. Trata-se do sentido mais invadido, e que também é muitas vezes invasivo, que é mais enxertado, mais encarnado com o que vem de fora. No entanto, é de dentro que as possibilidades do olhar geram possibilidades de superação à passividade do *ver*. É na esfera do *pathos* que o *olhar* se modula e delimita sua profundidade. Será pela razão, pelo *logos*, e em parte pelo *êthos*, que imperam as emoções, os sentimentos e paixões nesta modulação e profundidade do olhar. Transformar o visível em legível, auscultável é um desafio. Como livrar-se de preconceitos, de “miopias”, “hipermetropias” e transformar o visível em *perspicácia*, olhar que atravessa, que atinge o sutil e o torna evidente? Eis aqui um desafio.

Fixar os olhos, considerar com atenção, olhar detalhes com atenção, atentar, obedecer, espreitar, espiar, estes são alguns sentidos possíveis que atribuímos ao ato de observar. Palavra de origem latina cujo elemento de composição central é o interpositivo *-serv*, cujo o sentido é preservar, salvar, conservar, não perder de vista, observar. Esta capacidade que nos oferece a visão através do olhar, que no detalhe perseguido nos oferece imagens a serem preservadas, que nos alimentam de memórias visuais, que por

sua vez nos servirão a alguma coisa. O pediatra entre os médicos é um profissional que necessita desenvolver sua observação, pois é através dela que se aproxima do concreto que lhe desafia: a criança em puro processo de constituição da linguagem.

Quando a observação se dirige ao corpo, a semiologia pediátrica nos oferece excelentes indicações de observação. No entanto, quando o observar o corpo não oferece mais elementos para a compreensão do sofrimento fica a pergunta: como observar um pouco mais de perto, para além do que escapa no gesto, na postura, no humor, a subjetividade do corpo? Talvez algumas estratégias lúdicas podem nos ajudar. O processo de vínculo com Lumi talvez possa nos oferecer algumas possibilidades de repensar como podemos apreender, preservar, cuidar de alguns aspectos da subjetividade e seus sintomas.

Lumi

30 de setembro de 1996.

Pronto atendimento no Centro de Saúde A

Queixa anotada pela auxiliar de enfermagem que estava na recepção: dor de cabeça constante.

Lumi, 7 anos, filha de *nisseis*, freqüenta esporadicamente este Centro de Saúde desde os primeiros meses de vida. Sua primeira consulta foi com 1 mês de idade. Recebeu mais três atendimentos eventuais num período de 6 anos. Não chegou a ter um acompanhamento médico de rotina neste serviço.

Minha anotação médica:

Há aproximadamente 1 ano vem queixando-se eventualmente de cefaléia. No início apresentava episódios espaçados. Neste último mês, apresentou pelo menos 3 episódios por semana. Na última semana, a dor passou a ser diária. A cefaléia é

biparietal¹⁴ e/ou occipital¹⁵, em pressão contínua, não pulsátil, recorrendo várias vezes ao dia. Tem sido despertada à noite com a cefaléia. Frequentemente, apresenta náuseas acompanhando a dor. Raramente vomita. O horário mais frequente de aparecimento da dor é pela manhã, ao acordar. A dor desaparece espontaneamente. Neste final de semana passado, Lumi queixou-se o tempo todo de cefaléia.

A mãe também tem cefaléia frequentes, com características semelhantes. Chegou a tomar Rivotril por 2 anos, pois apresentava paralisias no hemicorpo esquerdo (Sic). Até hoje tem pesadelos em que está imobilizada.

Dinâmica familiar: Estão ocorrendo discussões sérias entre os pais. Os filhos têm presenciado as discussões. Os pais trabalham junto com construção. O pai é engenheiro e a mãe o secretaria no escritório anexo à residência da família. As discussões mais frequentes são por conta de discórdias no trabalho.

Ao Exame Físico: Bom estado geral, ativa, corada, hidratada, anictérica, sem edemas. Pressão Arterial (PA) 110 x 65 mmHg. Oto e oroscopia sem alterações. Exame de fundo de olho com papilas de contornos nítidos, pulso venoso presente bilateralmente, sem exudatos. Ausculta pulmonar e cardíaca sem anormalidades. Abdome plano flácido, indolor, com fígado palpável à 1 cm do rebordo costal e baço não percutível ou palpável. Ao exame neurológico: criança ativa, com bom equilíbrio estático e dinâmico, sem déficits musculares, com boa coordenação motora, e reflexos ósteo-tendinosos simétricos sem anormalidades.

Hipóteses diagnósticas: Eutrófica¹⁶; bom desenvolvimento neuro-motor; dificuldades na dinâmica familiar; vacinação correta; cefaléia recorrente com piora recente (tensional?, Hipertensão intra-crâniana [HIC] ??).

Conduta: Exame radiológico de crânio (para pesquisar sinais radiológicos indiretos de HIC); Dipirona, como análgésico nas situações de dor intensa; retorno para ampliar escuta da dinâmica familiar.

¹⁴ Biparietal = que ocorre nas duas faces laterais da cabeça.

¹⁵ Occipital = que ocorre na região posterior da cabeça, acima da nuca.

¹⁶ Eutrófica = em bom estado nutricional.

A emoção principal vivenciada por mim neste atendimento foi de tensão, como se estivesse com uma capa de couro nas costas, dificultando movimentos. Tais sensações vão aparecendo na medida em que o medo materno com relação a uma possível doença mais grave, vai se tornando medo meu de negligenciar ou desvalorizar as suas queixas. O pesadelo de imobilização da mãe foi de muito impacto. Não consigo deixar de pensar na hipótese de hipertensão intra-crâniana, embora a história, o exame físico e a alegria de Lumi, imponham mais a hipótese de cefaléia tensional diante dinâmica familiar adversa. A facilidade com que a mãe expressou as dificuldades na relação com o pai, de certa forma norteia boa parte do caminho a ser seguido nos próximos atendimentos. Sinto que conseguirei interessar-me por suas histórias e que há desejo e confiança para isto do outro lado. Ao final do atendimento sinto-me cansado e ainda tenho pelo menos mais duas horas de trabalho neste dia.

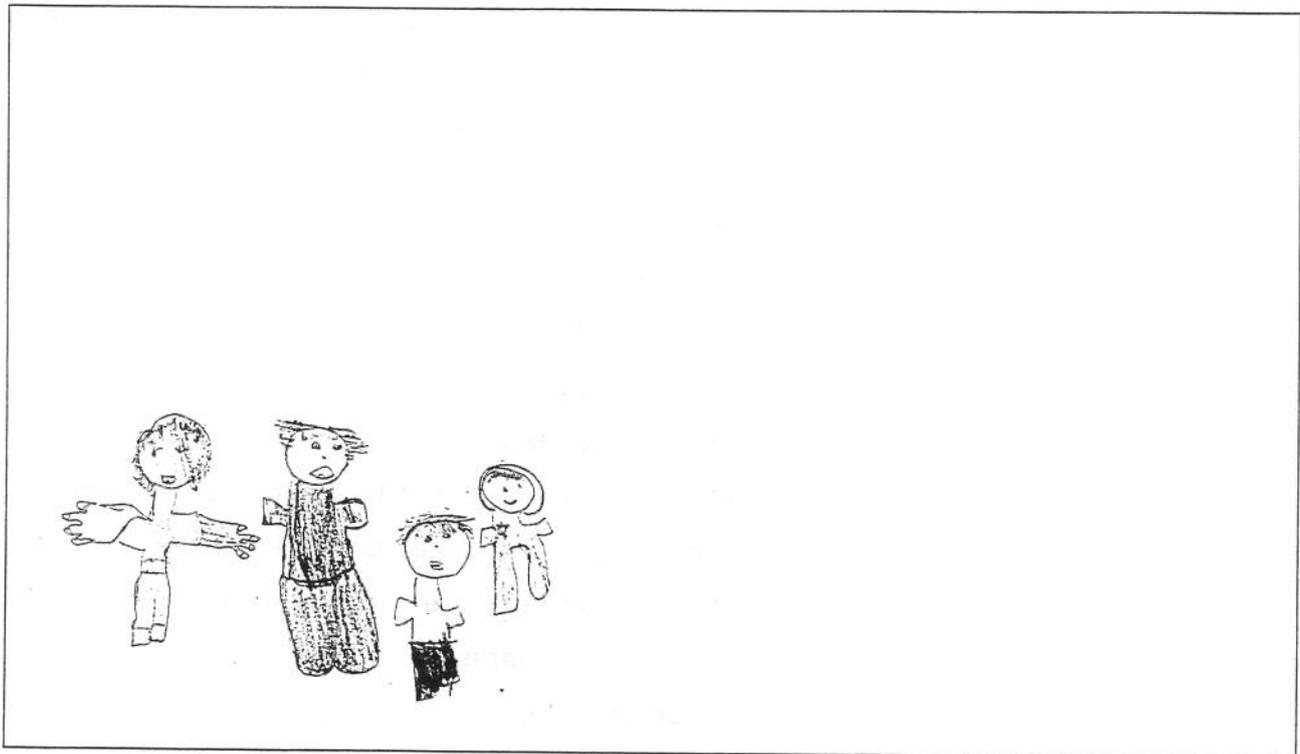
Em uma semana, Márcia, a mãe de Lumi, me procura com o raio-X de crânio para que eu avalie. Embora não tivesse consulta marcada, faço um atendimento rápido pois já têm um atendimento agendado para dois dias depois. O Raio-X está normal, Lumi continua com as cefaléias, que parecem um pouco menos intensas. Percebi um ar de dúvida em seus gestos e expressões faciais. Embora tenha se tranquilizado, ficava a pergunta: então, o que será? Meu sentimento era de tranquilidade com relação ao exame misturada a uma certa pressa devida a pressão que ali sofria por parte da fila de espera. Esta mistura de emoções contraditórias (tranquilidade e pressa) me produz uma atitude afetiva embaraçosa e tenho que esforçar-me para que a tranquilidade se imponha em tão curto tempo. Tem que ser tão intensa para que convença. Sempre fico com a impressão de uma atuação forçada e pouco verdadeira. Um vibrar do *pathos*, que incomoda, por não ser espontâneo. Ao mesmo tempo, quase que uma certeza de que nada estruturado está provocando as dores em Lumi, me permitem aceitar esta atuação.

Dois dias depois deste atendimento, Márcia e Lumi retornam. Ao entrarem no consultório, pude perceber de imediato que Márcia está bastante nervosa, querendo manifestar algum incômodo com a dinâmica do serviço. Pergunto o que aconteceu e ela pode expressar sua raiva devido a uma antecipação de consulta de outro paciente que havia chegado depois delas. Pude perceber que o nervoso era um tanto exagerado e

que havia uma rigidez grande na observação de minha conduta. Algo de desconfiança. Afinal o atendimento de Lumi atrasara apenas 20 minutos. Decidi conceder-lhe apenas o espaço para que manifestasse sua indignação, pedi desculpas pelo incômodo e passei a perguntar sobre Lumi, suas dores de cabeça e a respeito do raio-X.

As dores estão realmente menos freqüentes, embora Márcia ache que muitas vezes Lumi a tenha poupado, queixando-se menos. Às vezes, fica deitada e quieta como faz quando está com dor, porém diz que está bem. As dores de Márcia continuam freqüentes, sempre associadas ao estresse do trabalho com o marido. Peço para que ela me conte um pouco mais sobre este dia a dia estressante. Diz que Adilson, o marido, está trabalhando muito (mais de 12 horas por dia) e que tem tido pouco tempo para a família. Márcia sente falta de uma proximidade maior dele, embora estejam sempre juntos. A relação de trabalho é ruim. Adilson quase sempre a critica e desvaloriza seu trabalho. São inúmeros os problemas com as obras e com os empreiteiros e funcionários. Além do trabalho em seu escritório, Adilson assumiu compromissos com outra empresa de construção, que o pressiona muito. Mesmo com todos estes serviços, continuam endividados.

Peço para conversar com Lumi em separado e ambas aceitam o pedido. Lumi me conta um pouco de sua cefaléia e confirma que está tentando poupar a mãe de suas queixas, mas isto tem provocado mais dor na mãe. Acha que ela fica mais nervosa e preocupada e acaba com cefaléia também. Fala um pouco sobre o irmão, Yuri, que até então não havia aparecido em nossas conversas rápidas. Diz que ele não gosta de brincar com ela e que ela também não gosta de suas brincadeiras, porém gosta muito dele. Proponho um desenho de sua família, que ela aceita de pronto. Inicia o desenho pela mãe e, em seguida o pai, Yuri e ela.



Mãe Pai Irmão Lumi

Figura 22: *Desenho da família de Lumi*

Lumi sente-se bem desenhando. Na medida em que desenha uma pessoa, me olha para avaliar o que estou achando. Pergunto quem é e a resposta retorna como se eu estivesse perguntando obviedades: minha mãe oras! Utiliza-se de cores vivas e padronizadas. Ela e mãe com roupas rosadas e claras, enquanto o pai e irmão com roupas mais escuras: verde e azul. Peço em seguida para que escreva um pensamento para cada um dos familiares.



Figura 23: Detalhe do desenho de Lumi sobre sua família e pensamentos

A mãe está cheia das preocupações: em levar os filhos para a escola, ir buscá-los e principalmente ter como pagar a escola dos filhos. Pensa também nas compras que tem de fazer, tanto compras para a casa como para as obras da empresa. O pai está preocupado com as conversas que tem com a mãe; pensa em ficar discutindo com ela. O irmão pensa no que vai brincar na escola. Enquanto ela pensa no que vai conversar com as mais variadas pessoas: com os pais, com o irmão, com a professora e até comigo. Percebo um desejo de comunicação que está entravado. Sinto que está pensando muito em seus medos e principalmente na relação entre os pais. Sinto-me mais seguro com relação a hipótese de cefaléia tensional. Proponho-me discutir a situação com a

psicóloga do Centro de Saúde, para avaliar a necessidade de atendimento tanto para a mãe como para Lumi.

Lumi sofre e , como não consegue ainda explicar as causas do que sente com palavras, apresenta cefaléia. Não somos “acostumados” a falr de nossos sentimentos, o que aliviaria os sintomas. (Interlocutor médico residente)

Novo retorno em 1 semana: Peço a mãe que aguarde um pouco, pois quero conversar com Lumi. Esta refere que continua com cefaléia, que tem aparecido pela manhã, após o o jejum, piora muito na escola e só desaparece durante a noite. Evolui recorrendo em vários surtos durante o dia. Caracteriza desta vez como biparietal pulsátil e como pressão, chega da escola com os olhos vermelhos às vezes. Nega vômitos, náuseas, ou tonturas. Naquele momento da consulta diz estar sentindo a dor. Pergunto sobre a escola, e lá parece que tudo está indo bem. Proponho um *relaxamento*¹⁷ rápido e a *dinâmica da caverna*.

¹⁷ Relaxamento + dinâmica da Caverna: utilizo a proposta de percepção corporal proposta por Violet OAKLANDER (1980), na qual peço a criança que deite na maca ou, se preferir fique o mais confortável possível onde está, feche os olhos, e , procure perceber o espaço onde se encontra, o *seu* espaço, aquele que é ocupado por *seu* corpo. Peço para que tente perceber parte por parte do corpo, da cabeça à ponta dos pés, procurando notar aquelas que estão mais tensas, sem exigir do corpo que as relaxe. Basta que as note. Peço para que perceba seu ritmo respiratório e que solte o ar com leveza. Proponho uma viagem mental, acompanhando o que estarei contando: “Quero que você imagine que está caminhando numa floresta. Árvores por todos os lados e passarinhos cantando. O sol passa através das árvores, e há sombra. É gostoso caminhar nessa floresta. Ao longo da trilha há flores, florzinhas do mato.” [...] “Você está caminhando, e logo começa a perceber que a trilha está subindo, e você está indo montanha acima,” [...] “Quando você chega ao topo da montanha você se sente numa enorme rocha para descansar.” [...] “Bem na sua frente, com um vale no meio, há uma montanha. Você pode ver que na montanha há uma caverna, e fica desejando estar lá. Você nota que os pássaros voam para lá com facilidade, e gostaria de ser um pássaro De repente, pois isto é uma fantasia e tudo pode acontecer, você percebe que se transformou num pássaro! Você experimenta suas asas e com toda certeza pode voar. Então você decola facilmente para o outro lado.” [...] “Do outro lado você aterrissa sobre uma rocha, e instantaneamente se transforma em você mesmo outra vez. Você trepa nas rochas procurando uma entrada para a caverna, e enxerga uma pequena porta. Você se agacha, abre a porta e entra na caverna. Lá dentro há espaço de soba para você ficar de pé. Você dá uma volta examinando as paredes da caverna, e de repente nota uma passagem - um corredor. Você anda por este corredor e nota que há filas e filas de portas, cada uma com um nome escrito. De repente você chega a uma porta onde está escrito o seu nome. Você fica parado na frente da sua porta, pensando nela. Você sabe que vai abri-la e passar para o outro lado da porta. Você sabe que este vai ser o seu lugar”, o seu mundo. [...] “Então você vira a maçaneta e passa pela porta. Olhe para o seu lugar! Você está surpreso? Dê uma boa olhada. Se você não vê lugar nenhum, invente um agora. Veja o que há aí, onde é que ele fica, dentro ou fora”. [...] “Como você está se sentindo nesse lugar?” [...] “Quando você tiver acabado, abra os olhos e estará de novo nesta sala.” (OAKLANDER, 1980, pp.17-18) Pede-se então para que a pessoa desenhe o que viu dentro de seu mundo e ao final de um nome a ele.

Ao retornar da viagem mental proposta por esta dinâmica, Lumi diz que parece que está sentindo-se mais leve e com um alívio da dor. Ao desenhar seu espaço diz que não sentiu muito medo. Estava segura e tranqüila. Havia muita clareza. Ficou surpresa por tudo estar “voando”. Solto no ar: uma cômoda, um abajur aceso, iluminando ainda mais a caverna, que continha buracos que abrigavam uma cruz de madeira com uma figura de Jesus Cristo pequena e com dois pregos no corpo. De repente aparece um caderno todo escrito. É um caderno seu. Aparece o rosto de uma velha, que já viu na TV. Lumi diz que ficou bem perto da porta e sentiu medo de aprofundar mais. Via tudo voando. Viu também uma auréola de anjo; um sol bem forte que esquentou tudo. Olhou para cima e viu um ventilador funcionando. Sentiu calma. Nomeou seu lugar como *O mundo das estrelas*.

Quando Lumi fala com uma linguagem simbólica sobre seu mundo interno, a cefaléia vai melhorando...
(Interlocutor médico residente)

Ao final do atendimento estava muito contente e já sem cefaléia. Senti que os objetivos de aliviar sua dor e oferecer um espaço de comunicação havia sido atingido. Não me interessava interpretar seu mundo interno. Bastava a possibilidade de criarmos ou reestruturássemos um vínculo entre nós. A viagem, como estratégia lúdica, permitiu uma certa descontração, que resultou em melhora do sintoma. Quase não conversei com a mãe neste dia. Propuz avaliação ocular de Lumi, diante a queixa de que a cefaléia piora na escola.

Quatro dias depois, mãe e filha retornam, solicitando um pronto atendimento. Lumi está há um dia com cefaléia e náuseas. Não apresentou vômitos. As características da dor são muito vagas, como na consulta anterior. Outra queixa emerge: há um dia notaram botão mamário¹⁸ em Lumi. A dúvida maior é se a menina está na idade de começar apresentar tecido mamário. Esclarecidas as dúvidas e medos, observo que no consultório, Lumi continua brincando e não aparenta estar com cefaléia tão intensa. Entretanto a mãe aparenta estar com mais cefaléia do que a menina. Márcia confirma

¹⁸ Botão mamário = início de crescimento do tecido mamário, primeiro sinal de puberdade.

minha impressão. Proponho, então, que ela seja atendida pelo clínico do Centro de Saúde. A quantidade de atendimentos do dia não me permitiu explorar mais o que estava acontecendo em casa. Acabei por solicitar exames protoparasitológicos, pois as náuseas me intrigaram muito.

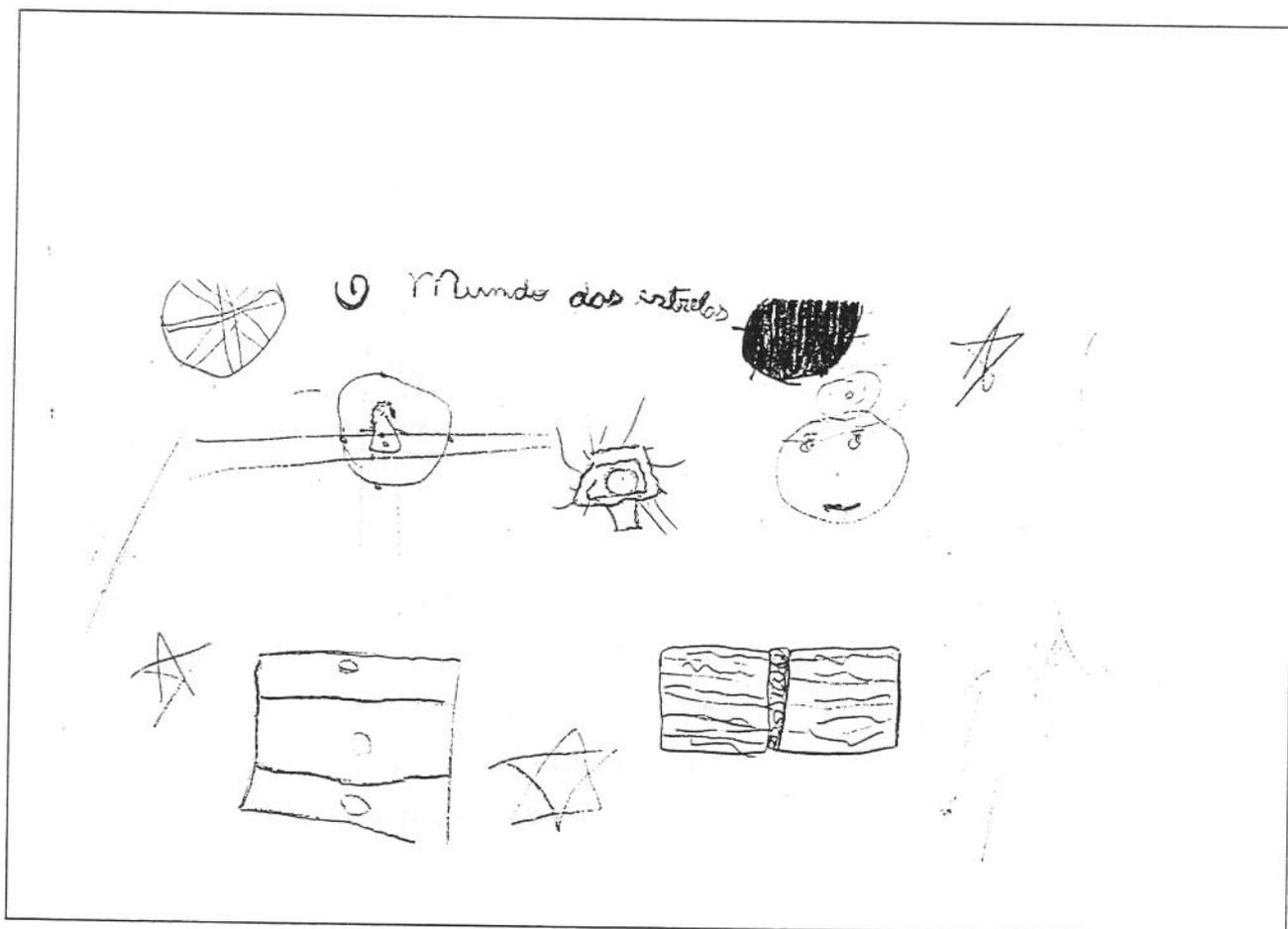


Figura 24: O lugar de Lumi

Senti um pouco de angústia com a situação, uma vez que até o último atendimento tudo parecia correr bem. Percebi, no entanto, que a necessidade de atendimento parecia ser mais da mãe. Não poderia mais adiar a discussão de toda situação com a psicóloga.

Ao contar toda a situação à psicóloga infantil, várias possibilidades foram apontadas para explicar o que estava acontecendo com aquela família. A cefaléia em si está claramente ligada às dificuldades familiares: sobrecarga de trabalho dos pais,

prováveis dificuldades conjugais, reflexos na escola de Lumi, entre outras. Os desenhos refletiam sempre uma dificuldade para sair das imagens e pensamentos intensos, provocados por diversos medos. O desenho da família já refletia isto: as figuras parecem não ter chão, aparentam flutuar como os objetos que apareceram em seu mundo. Outra observação importante foi a de falta de mãos na maioria dos familiares, exceto a mãe que tem mãos enormes. Isto poderia estar indicando dificuldades afetivas, de cuidado e de contato físico insuficiente. Sugeriu apontar estas necessidade à mãe e que a criança passasse a ter mais contato físico com a terra.

Na consulta seguinte, as queixas continuavam as mesmas, com o agravante de que agora mãe e filha haviam criado uma escala de zero a dez para graduar a a intensidade da dor. Quase sempre está entre 3-4. Às vezes, Lumi está brincando e corre em direção a mãe e sussurra em seu ouvido:6. Decido dar um espaço maior a mãe em separado. Converso um pouco a respeito do que a discussão da situação com a psicóloga indicara.

Márcia se abre.. diz que estava esperando por esta oportunidade. Sua relação com o marido está cada dia pior. Sente-se desvalorizada em todos os sentidos. Adilson está cada dia mais exigente, delegando inúmeros trabalhos e reclamando de tudo o que ela faz. Sistemáticamente desvaloriza tudo o que parte dela. Tem tido insônia, sente-se entristecida e com pouca capacidade de concentração. Na semana anterior, chegou a bater o carro. Sente-se magoada e com muita raiva contida. Sente muito medo que os filhos adoeçam. Diz que através do clínico, indicado na última consulta, chegou a ser atendida por um psiquiatra, que lhe prescreveu antidepressivo e ansiolítico, porém ela nem conseguiu comprar. Manifestou desejo de realizar psicoterapia e não apenas medicamentos. Orientei mais contato físico com os filhos, massagem para Lumi e mais contato direto com a terra. Encaminhei Márcia para a psicoterapia.

Achei ótimo você Ter oferecido este espaço para mãe falar sobre si mesma, seus problemas e seus sintomas. Neste caso, a tradicional divisão do serviço de saúde em área da mulher , da criança e do adulto não daria conta de toda esta dinâmica familiar, pois o vínculo está se dando com você, o pediatra. (Interlocutor médico residente)

Três semanas depois, novo retorno. Lumi está muito bem. Passou de ano sem dificuldades. A cefaléia regrediu e raramente recorreu neste período, principalmente depois que passou a sistematicamente caminhar descalça sobre a terra. O avô materno achou a idéia excelente. Disse que gostaria de me conhecer. A mãe iniciou psicoterapia e sente-se mais fortalecida. Continuam brigando, porém como diz Lumi, agora brigam baixinho. Adilson decidiu assumir que necessita pelo menos três semanas de férias. Estão programando fazer uma viagem a um sítio de um parente.

Mais dois retornos foram necessários para me certificar de que a cefaléia estava controlada e que mãe e filha estavam bem. Em janeiro de 1997, senti segurança em propor alta por um tempo. Márcia e os filhos estiveram na praia por duas semanas com o avô, tios e primos. O pai não quis mais viajar depois da ida ao sítio. Continua dependente do trabalho, de forma exagerada. Não aceita nem pensar em pedir ajuda para superar tal dependência. A cefaléia de Lumi só reaparece quando está em local muito barulhento. Sinto bastante força e vitalidade me Lumi. A mãe me parece estar caminhado em seu processo de transformação e de sua relação conjugal. Julgo que já podem caminhar sem meus cuidados. Pedi para que me fizesse um desenho de despedida. Fez uma linda guirlanda cheia de enfeites: sinos, coração, sol, uma harpa, uma lua, um aperto de mãos e uma mensagem.

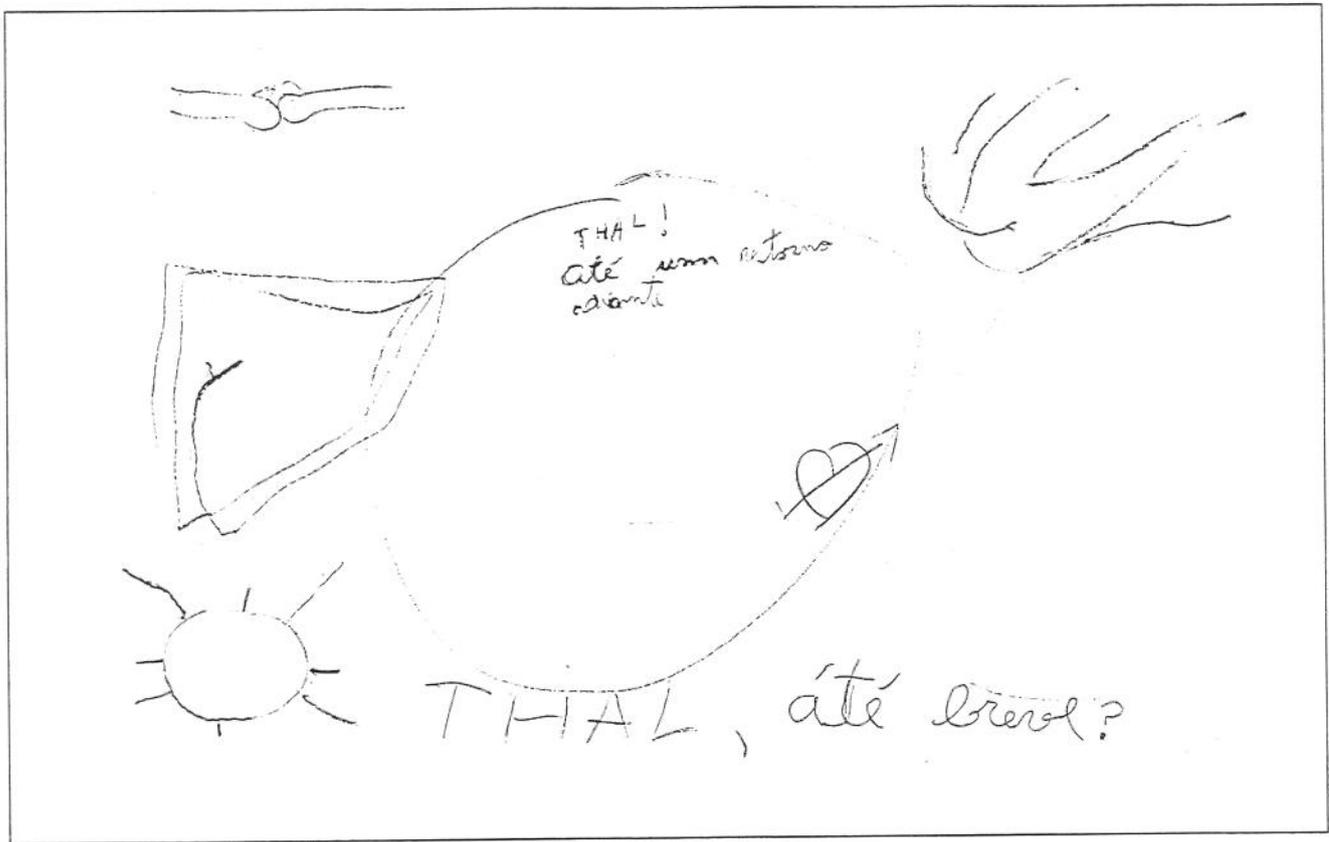


Figura 25: A Despedida de Lumi

A escuta permitida

O propósito e a intencionalidade são formas humanas do viver nas quais se justifica o que se faz referenciando-se aos resultados que se espera do fazer. Além disso, propósito e intencionalidade, como domínios operacionais em nossa cultura ocidental, são sistemas de conversações (entrelaçamentos de linguajar e emocionar) em que refletimos a respeito das conseqüências de nosso que fazer de maneira que geramos em nós uma dinâmica emocional que continuamente separa nossa atenção do que fazemos.

(VERDEN-ZÖLLER, Gerda, 1995, pp. 89-90)

As possibilidades de *vínculos* com crianças e adolescentes se fazem na medida que conseguimos criar estratégias de comunicação e empatia com eles. As possibilidades lúdicas são sem dúvida facilitadoras. Permitem a nós médicos nos livrarmos um pouco do peso da *posição* ou *opinião médica* calcada apenas no discurso da Medicina: do que deve ser, dos modelos diagnósticos ultrageneralizadores e esquemas terapêuticos. Através do lúdico nos dispomos e nos permitimos a relação inter-subjetiva. A relação entre sujeitos. Tais estratégias permitem às crianças e adolescentes, por sua vez, a expressão de suas subjetividades. O seu olhar a respeito de seu mundo, os fluxos subjetivos a que está acoplada, seu viver, seu vibrar *autopoiético*.

Acredito que muito temos que aprender com a psicologia e psicanálise infantil, porém acredito que as possibilidades desta exploração subjetiva tenham limites no consultório pediátrico, sob o risco do mesmo se descaracterizar, perder sua legitimidade. Uma atenção é fundamental a unidade básica do atendimento pediátrico também inclui seus familiares e outros adultos e crianças que façam parte de seu mundo. É neste

domínio externo da subjetividade que devemos nos concentrar. É a partir dele que poderemos identificar boa parte do que está sentindo, do que está sofrendo, do que a coloca em risco, das forças que a potencializam. No entanto é necessário estar atento ao que nos é permitido. Cuidar para não dar o passo maior que as pernas podem dar. Para isto basta ouvir, ouvir, observar, sentir, compreender e agir no momento certo. O processo de Dino Marconi talvez possa nos auxiliar neste sentido.

Dino Marconi

28 de maio de 1996.

Dino é um dos primeiros pacientes a me impressionar no Centro de Saúde A. É a primeira vez que o atendo. Vem com a mãe, Júlia. Ambos tem os olhos grandes e claros. Azuis. Olhos que ofuscam quase que todo o resto. Olhos com tal força de expressão que tenho a impressão de estar me comunicando essencialmente com eles. Dois pares de olhos muito parecidos, vibrando pura emoção. Transmitem um sentimento de angustia, principalmente os da mãe. Os olhos de Dino também se angustiam com o olhar e a fala da mãe.

Há um ano fôra encaminhado ao otorrinolaringologista por outra pediatra do serviço. Na ocasião, a mãe contava que o filho havia tido otite secretória nos primeiros anos de vida. Estava com dificuldades para entender algumas palavras, confundindo-as com outras parecidas. Ficou 11 meses sem retornar ao serviço. Neste dia faço a seguinte anotação:

Dino Marconi, 8 anos e 5 meses.

Está sendo acompanhado por fonoaudióloga com diagnóstico de Dislexia (sic) e Déficit de Atenção (sic). Principalmente no ano passado, quando freqüentava a primeira série, teve dificuldades com a professora. Este ano está indo bem com a

professora da segunda série. Foi colocado numa sala de crianças mais lentas e com professora mais paciente (sic). Voltou a apresentar enurese noturna há 3 meses, na frequência de 2 a 3 vezes por semana. Tal fato coincide com a mudança de escola. Foi para outra escola pública que é muito procurada pelos pais, dada a fama que tem de ser uma escola mais rígida. A professora é motivante, porém grita às vezes. Dino diz que ela grita com todos, até com ele já gritou. Dino diz que não consegue terminar a lição e está se achando mole. Às vezes, chega a dormir durante a aula. A professora, quando gritou com ele, chamou-o de mole. A mãe não o considera triste ou que esteja deprimido. Considera o filho alegre, brincalhão, gozador e que não gosta muito de escola. O pai está cada vez mais preocupado com isto. Fica ameaçando caso não estude. Júlia diz que o pai é muito nervoso. Impaciente. Fica o dia todo fora e chega tarde em casa. A família mora com a avó materna, o que dificulta as relações dos pais com Dino. A avó assume muito o papel de mãe (sic). Não existem conflitos muito sérios entre eles (sic), apenas atritos (sic). Atualmente, Dino não quer mais voltar à escola. "Não sabemos o que fazer". Os olhos se enchem de lágrimas, rapidamente contidas.

Desenvolvimento neuro-psicomotor: Andou aos 10 meses de vida, começou a falar aos 2 anos, controlou os esfíncteres em torno dos 3 anos. Frequentou pré-escola com bom desempenho e interesse, mas já demonstrando dificuldade de concentração nas tarefas. Tinha um comportamento mais agitado.

Outras queixas: cefaléia pulsátil esporádica.

Exame físico: Peso: 33600 g; estatura: 130cm. Bom estado geral, ativo, corado, hidratado, sem edemas, sem linfonodomegalias; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações anormais ou suspeitas; Abdome facilmente palpável se massas ou visceromegalias.

Hipóteses Diagnósticas: Eutrófico; bom desenvolvimento neuro-psicomotor; dificuldades escolares; enurese noturna primária.

Conduta: converso com Dino a respeito da dificuldade em suportar a escola e a professora. Fico com a forte impressão que a dificuldade é a professora. Recomendo a mãe conversar com a professora e não forçar o filho ir à escola.

Propus que Dino só fosse à escola caso julgasse que iria sentir-se bem lá. A mãe resistiu um pouco a esta proposta. Diz que ele não quer ir, mas depois quando está lá fica bem. Pedi para que conversassem melhor a respeito destes sentimentos e decidissem juntos o que fazer. Propus também que Júlia. Conversasse com o pai e com a avó a respeito de Dino e suas dificuldades. Proponho também discutir a situação com a psicóloga do serviço

Sinto um pouco de pressa no atendimento. O serviço está com muitos pacientes para serem atendidos. A pressão da demanda penetra no consultório através dos sons, da entrada da auxiliar de enfermagem interrompendo o atendimento para pedir se pode colocar mais pacientes para atender. O dia é quente. Sinto que posso ajudar melhor Dino prosseguindo o atendimento em condições melhores. Peço para que agendem retorno em 15 dias para prosseguirmos nossa conversa. Não há possibilidade de retorno mais próximo.

11 de junho de 1996.

Esta semana teve os mesmos problemas na escola. Chegou a levar "cartinha" da professora, para casa. Dizia que Dino não terminou as tarefas propostas e que a mãe tomasse providências o mais rápido possível. Pergunto a respeito de que providências seriam estas e Júlia diz também não ter clareza do que esperam dela. Sentiu que a professora sugeria um atendimento psicológico, porém não era clara, quando a procurou para conversar a respeito do que havia acontecido e que na última consulta havia ficado mais claro: os gritos e as críticas de que Dino era mole. Júlia diz que não conseguiu falar sobre isto. Porém, a professora disse que iria observar com mais cuidado o que estava acontecendo com Dino.

Referem melhora da enurese. Aconteceram poucas vezes nesta semana. Mãe associa a melhora aos dias que combinou com Dino que ele não iria na escola, se não quisesse. Dino quis ir a escola a maioria dos dias. O pai não aceitou muito a idéia de que o menino deveria decidir com eles a este respeito.

Está resfriado há 3 dias.

Cotidiano: Acorda às 6 horas. Prepara-se para ir a escola que é das 7:00 hs às 12:00 hs. Vai e volta de carro. Almoça e brinca um pouco. Começa a fazer as tarefas em torno das 14:30. Termina em torno das 16:00 hs. Assiste TV até o jantar às 19:00. A família janta toda junta. Volta para a TV até às 21:00, quando vai dormir.

Proponho um desenho da família para Dino, que aceita bem a tarefa.

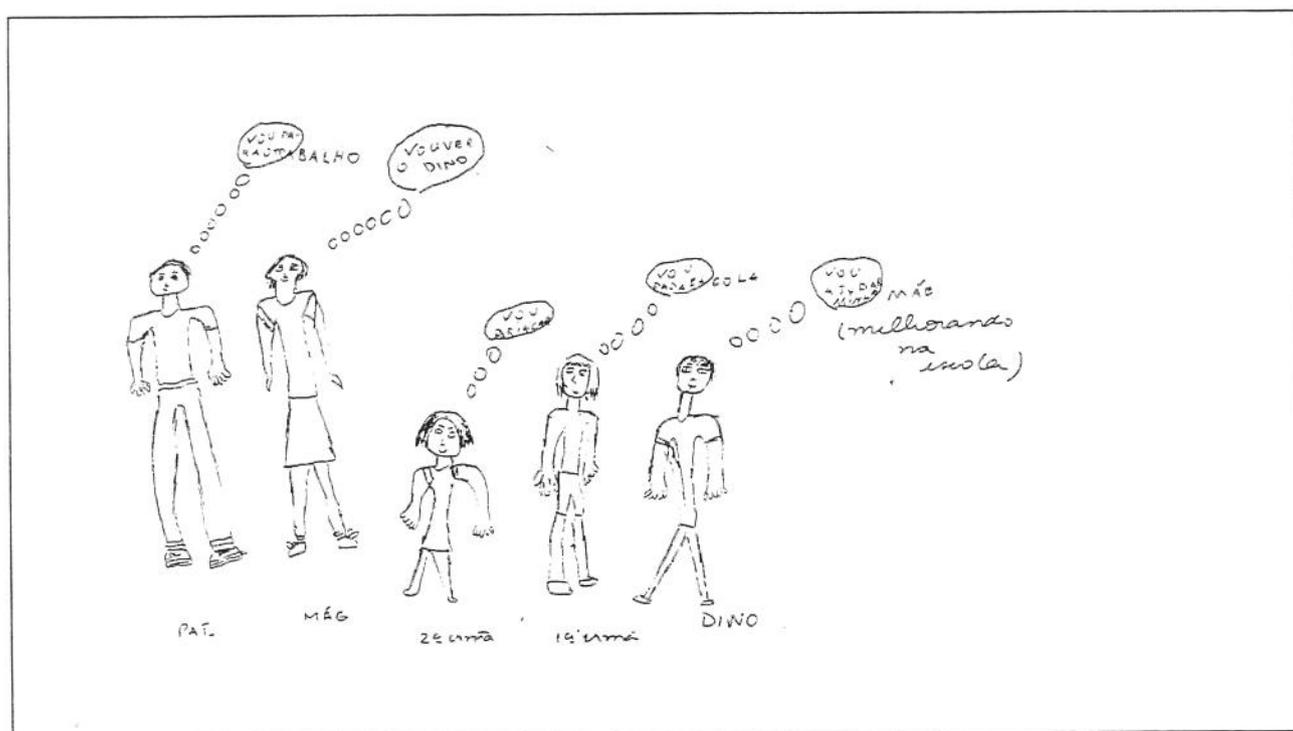


Figura 26a: Desenho da família de Dino

Inicia o desenho pela figura do pai, em seguida desenha a mãe, a irmã menor, a irmã mais velha (de 11 anos) e por fim ele mesmo. Hesita um pouco em se incluir. Inclui-se, espontaneamente. É bastante cuidadoso no desenho. Passa a caneta várias vezes sobre o mesmo risco. As figuras são bem estruturadas evidenciando considerável realismo visual. Todas as figuras estão vestidas. Os homens com roupas masculinas e as mulheres com as femininas. Uma das irmãs, a mais velha veste shorts e não é claro se é desenhada sem camisa ou se a camiseta não foi bem delineada. Dino procura ser

preciso no desenho das mãos e no número adequado de dedos. A mão da mãe é diferente. Aparenta estar de perfil. Seu rosto se confunde com o pescoço.

Peço para que escreva um pensamento para cada pessoa da família. Percebo sua dificuldade para escrever o que a mãe está pensando e mais dificuldade (= tempo pensando) ainda escrever o que ele estaria pensando. A mãe está preocupada com Dino e ele pretendendo ajudar a mãe. Pergunto como pode ajudá-la. Responde que melhorando na escola. Neste processo percebo toda sua ansiedade com relação a possibilidade do fracasso escolar. Sinto que o desenho lhe permitiu tomar consciência do medo da mãe e a pressão que este medo lhe provoca. Terminamos a consulta satisfeitos. Peço um retorno em 15 dias. Propoño à mãe que irei discutir o Dino com a psicóloga do serviço.

20 de junho de 1996.

Discuto as dificuldades de Dino com a psicóloga do serviço. Ao ver o desenho da família, o contexto e as dificuldades, ela sugere que a relação entre os pais tenha que ser melhor explorada, bem como a relação destes com os filhos.

25 de junho de 1996.

As queixas continuam as mesmas. Voltou a apresentar enurese todas as noites. Proponho uma conversa com a mãe em separado. Falo sobre a discussão a respeito das dificuldades de Dino com a psicóloga a partir do desenho da família. Sugiro à mãe que encontre um espaço de conversa com o pai a respeito da relação entre eles e com os filhos. Júlia fala de uma certa rigidez que ambos têm com as tarefas e deveres da vida. Acha que exigem muito dos filhos. Não sabem ser diferentes pois viveram relações semelhantes com seus pais. Fica comovida com a conversa. Sinto ter invadido um pouco o espaço oferecido para a relação. Ao mesmo tempo julgo que esta conversa possa ser um gatilho para futuros processos.

10 de julho de 1996.

Dino retorna a meu pedido. Encontra-se há 15 dias com tosse, obstrução nasal, chorando facilmente, e brigando por qualquer motivo. Vive pedindo para a mãe comprar tudo. Chega a chantagier, dizendo que se ela não comprar é porque não gosta dele. Júlia já está irritada com a situação. Desta forma, Dino acabou ganhando um cachorrinho, que há meses vinha pedindo.

Os pais não conseguiram conversar a respeito de suas dificuldades ainda. “*A rotina consome todo o tempo*”, diz Júlia.

Bruno tem tido enurese quase todas as noites.

Na conversa com Dino, percebo o tempo todo uma atitude de colocar sempre a mãe como culpada de seus problemas. Ora é porque “*minha mãe não compra*”, ora é porque “*minha mãe não deixa*”, ou porque “*não gosta*”, ou, ainda “*se ela deixasse, eu faria isto*”.

Vou ficando incomodado e um pouco irritado com esta atitude. Acabo por discutir um pouco com ele sobre o consumismo sem limites e sobre o quanto isto bloqueia a criatividade, por exemplo. Percebo que Dino fica incomodado com minha irritação. Acabou a conversa com a seguinte fala: “*se a minha mãe deixar eu criar?!*”. A mãe se defende dizendo que não agüenta mais este tipo de chantagem. Fala com a voz mansa, tocando suavemente o corpo do filho. Seus olhos brilham emoção de quem está prestes a chorar. Parece que quer que Dino perceba que ela está muito frágil.

Peço a Dino um desenho que expresse sua enurese, o que ela representa, seus sentimentos em relação a ela.

Pelo desenho, Dino parece uma criança mais velha. É quase do tamanho da porta! Traz um sentimento de raiva e deseja superar a situação que lhe revela criança. Será que Dino quer se sentir mais velho do que realmente é e sente raiva de seu corpo que ao urinar na cama se mostra mais infantil do que é?

Acho que Dino precisa se aceitar como tendo 8 anos. Nem mais novo, nem mais velho. A urina é como se fosse uma resposta interior que diz: não sou tão velho assim, não sou do tamanho da porta.

(Interlocutor médico residente)



Figura 26b: *Desenho da Enurese de Dino por Dino*

O desenho constou de um beliche com a cama de baixo molhada. Na cama de cima dormia a irmã mais velha, tranqüilamente. Dino se desenhou como uma figura semelhante a um moço, já grande, molhado, envergonhado, triste, chorando com lágrimas. Disse que o sentimento era de raiva. Solicitei para que conversasse com o xixi e pedisse alguma coisa a ele. Desenhou um balão de fala, onde escreveu: “*pare com isto!*”. Marcamos um retorno para 15 dias.

23 de julho de 1996.

Retornam contentes. Dino não apresentou mais enurese desde o último atendimento. Após breve momento de descontração e de alegria de minha parte por ter participado de certa forma desta conquista de Dino, Júlia passa a apresentar uma série de reclamações a respeito do filho. Parece não acreditar que o controle da enurese possa ser definitivo. Reclama da teimosia, da irritabilidade e de sua tendência a brigar com facilidade. Diz que está perdendo a cabeça com ele e que as vezes chega a bater nele.

Hoje, Dino brigou com um menino na rua. Saiu logo dando socos e pontapés. A mãe o recolheu para dentro da casa e ele ficou furioso com esta atitude.

Fico a sós com Dino e proponho a dinâmica da caverna. O desenho foi muito interessante: apareceram gestos de surpresa com a quantidade de brinquedos e roupas, porém nenhuma roupa ou brinquedo foi desenhada. Apareceram e foram desenhados um passarinho engaiolado, uma cômoda na qual Dino abria uma das gavetas, que estava vazia, e uma porta fechada. Pedi um nome a seu mundo. Colocou : Mundo chato.

Vi também seus cadernos escolares. Há pouca correção e quando há, acentua-se apenas os aspectos negativos, sempre assinalados à caneta de cor preta. Eventualmente, encontra-se um *Parabéns pelo esforço*. Percebo muita coisa positiva e que mereceria um comentário estimulante.

Fico preocupado com o impacto das “ dificuldades” escolares e o grau de exigência familiar que é colocado nos ombros de Dino. Sinto, que apesar de sua melhora quanto a enurese, há um sofrimento significativo com estas dificuldades. A agressividade extrapolando os limites do núcleo familiar são sinais de que está sofrendo. Proponho um acompanhamento com a Psicologia. Comprometo-me fazer este encaminhamento e a transição para a psicóloga.

8 de agosto de 1996.

Dino está bem, embora a mãe continue duvidando. A enurese não recorreu. Trouxe as provas do último bimestre, em que o desempenho foi bastante razoável, embora a professora aponte erros sem os corrigir. Há um grande destaque em suas falhas e nenhum comentário a respeito dos inúmeros acertos. Converso com eles sobre o encaminhamento já programado para a psicologia. Dino diz que não gosta de aguardar tanto tempo na sala de espera, situação que recorreu algumas vezes, por motivos de excesso de demanda comprometendo o atendimento agendado. Diz que não quer retornar mais. Proponho que retorne comigo quando quiser.

Fico um pouco frustrado com este atendimento. Felizmente, meu desejo também era de encaminhá-lo para o atendimento psicológico. Sinto que não houve reconhecimento do esforço para compreender as dificuldades de Dino e buscar soluções. O sentimento mistura-se ao de satisfação em cumprir um papel e o de raiva pelo não reconhecimento. Raiva que se dirige principalmente às resistências da mãe. Fica o desejo de que venham a conseguir melhores resultados com o atendimento especializado.

23 de janeiro de 1997.

Dino procura o serviço com um ferimento no braço esquerdo provocado por contato com um estrepe de madeira. Realizamos assepsia, orientamos cuidados em casa e checamos vacinação. Revejo o prontuário e constato que houve adesão com a psicóloga. Dino passou de ano e está contente. Senti um afeto positivo na relação comigo na sala de curativo, como se pudéssemos nos aproximar sem medos. Percebi um reconhecimento e respeito da mãe pela minha atuação como um todo.

Conatus: riscos e forças

Uma das necessidades básicas da criança é brincar. Se observarmos a criança brincando veremos que ela não só repete situações agradáveis, mas também tenta elaborar situações dolorosas ou traumáticas.

(PENNACCI, Rosely, 1998, p. 12)

Ampliar a escuta, dispor-se ao brincar, tornar o olhar perspicaz, escutar para identificar riscos. Este caminho só encontra sentido, caso seja capaz de se transformar em ação encarnada, atuação, enação, desejo que se corporifica e possibilita sintonia de vibrações, possibilidade de troca, em pura comunicação, em ação comunicativa. Tal sentido só é encontrado na medida em que ao mesmo tempo que identificamos riscos, sofrimentos, vibrações de morte, enxergamos, ouvimos e tocamos nas vibrações de vida. Identificamos forças, que constituem a *resiliência*, incorporada ou não, em vias de se incorporar, e muitas vezes sufocada pelo sofrimento. Trata-se de *resiliência autopoietica*, constituída no viver o mundo e nele constituí-lo.

Buscar identificar resiliência é abrir-se para o outro e suas potencialidades de superação das adversidades e riscos a que se está submetido. É reduzir o discurso vazio de quem sabe para quem “necessita” saber para superar. Discurso que apesar de cheio, torna-se vazio pois não permite espaço para o outro, que o torna desprovido de sentido, enfim vazio. É, portanto, sair de um saber egoísta, centrado no *eu sei* para caminhar no sentido de um saber altruísta, centrado nas *possibilidades do outro* e com ele identificar linhas de fuga, saídas, superação.

O tema da resiliência e da vulnerabilidade tem tomado cada vez mais espaço no campo de saberes como a psicologia e a educação. Merece uma atenção maior por parte da saber médico e de saúde em geral. Acredito que será de grande valor para a prática clínica, se nós, profissionais da saúde, incorporarmos estes conhecimentos em

nosso cotidiano de trabalho, na relação com o outro que nos procura. Em síntese, avaliar a *vulnerabilidade* de alguém, de um grupo, de uma família, de uma equipe, ou até de uma comunidade ou de uma sociedade, implica não só identificar os riscos que comprometem o seu viver mas também as forças que talvez impeçam o seu morrer, que fortaleçam o perseverar na existência, enfim a sua *resiliência*.

Palavra oriunda da física dos materiais, *resiliência* significa propriedade dos corpos, que os faz capaz de recuperar seu estado primitivo, sua forma original após serem submetidos a uma deformação elástica. Apropriado pela psicologia, segundo autores como Stefan VANISTENDAEL (1996) *resiliência* significa “*capacidade de uma pessoa ou sistema social de enfrentar adequadamente as adversidades da vida de forma aceitável*”; e para Ian M. GOODYER (1995) como “*capacidade universal humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las ou até ser transformado por elas [...] Faz parte do processo evolutivo e deve ser promovida desde a infância*”. Para efeito de análise, sugere-se que esta capacidade pode ser decomposta em forças que poderiam ser identificadas, promovidas e estimuladas, nas pessoas, famílias, grupos, e equipes.

As forças que compõem a *resiliência* de uma pessoa se constituem em sua estrutura como forças de origem biológica vinculadas ao *conatus* individual que se potencializam através das possibilidades de desenvolvimento das outras esferas e de seu acoplamento estrutural. São elas: aceitação incondicional, rede de apoio, capacidade de identificar sentidos para a vida, repertório diversificado de estratégias, auto-estima, senso de humor e autonomia.

A *aceitação incondicional* é uma força muito importante no domínio externo da subjetividade, o que potencializa a *resiliência*. Trata-se da força das relações verdadeiramente amorosas, entendendo-se aqui por amor, o que nos indica Humberto Maturana (1998):

O amor é a emoção que constitui as ações de aceitar o outro como um legítimo outro na convivência. Portanto, amar é abrir um espaço de interações recorrentes com o outro no qual sua presença é legítima, sem exigências (MATURANA, 1998, p. 24).

As *redes sociais de apoio* se constituem a partir da ampliação das condições afetivas geradas em situação de aceitação amorosa para esfera de relações que extrapolam o ambiente familiar, ou mais íntimo, para atingir todas as possíveis esferas de relações intersubjetivas. Para isto, faz-se necessário que o sujeito consiga desenvolver algumas capacidades tais como: conquistar amigos, constituir uma rede diversificada de amigos e que alguns lhe permitam confidencialidade, perceber seus sentimentos e o dos outros com os quais convive, e capacidade de expressar esses sentimentos com transparência. É condição fundamental para se desenvolver uma boa rede de apoio, que o sujeito também se disponha a fazer parte das redes de apoio dos outros, ou seja, é necessário correspondência de afetos.

Outra força também muito reconhecida entre os estudiosos da resiliência é a *capacidade de desenvolver sentidos para o viver*. Trata-se da capacidade de sonhar, de cultivar seus sonhos, de imaginar o futuro, identificar um espaço nele, estabelecer objetivos realizáveis, partindo sempre do potencial de situação acumulado. Como nos atenta Cenise Monte VICENTE (1997): “*Se o futuro não existe, ou se a pessoa não ‘ocupa’ um lugar no mundo no futuro, não há esperança, não há desafio*”. Todo esforço para se estimular desenvolvimento de uma ética da não violência vem de encontro a esta força. Entendendo ética em seu sentido espinosano como o que se refere ao valores imanentes produzidos no encontro dos corpos, o que se refere ao respeito à singularidade e aos processos de produção de sentido.

O estímulo ao desenvolvimento de um repertório de estratégias para se resolver um problema específico é muito importante no desenvolvimento da resiliência. Para isto, é importante que o sujeito aprenda a reconhecer e desenvolver suas habilidades e talentos, se dispor a aprender com o outro, reconhecer o aprender em qualquer modalidade de fazer e em qualquer domínio operativo humano.

A auto-estima, força que se constitui no processo autopoético refere-se ao gostar de si, ao valorizar-se, ao sentir-se bem consigo mesmo, com seu corpo, com seus desejos e necessidades, tendo em vista sempre que nem tudo que é sonhado pode ser alcançado. A realidade está para ser desafiada, a partir da determinação, mas também no

reconhecimento de sua vulnerabilidade, de sua contingência, que permitirá acertos e erros neste processo.

Para isto, é necessário uma boa dose de *senso de humor*. Capacidade de reconhecer o imperfeito e implicar o cotidiano de graça. A graça não como mecanismo de escape, pois “*escapar é apartar-se de uma realidade desagradável, porém o que faz a graça é incorporar esta realidade à vida e convertê-la em algo mais suportável e mais positivo*” (VANISTAENDEL, 1996, p. 16).

Enfim, como resultante da atuação de todas estas forças, encontra-se outra que de forma geral é o que nos caracteriza como seres vivos, através de sua organização autopoética, que busca *autonomia*, entendida aqui como o inverso de heteronomia ou *alonomia*, o submeter-se ao comando de outrem, quando as próprias normas não podem ser colocadas a si próprio, ou seja quando só resta submeter-se aos comandos externos.

Jane

28 de junho de 2001.

Entrei em contato com a história de Jane¹⁹ através de uma médica residente, que estagiava no Ambulatório de Adolescentes e que estava preocupada com o prosseguimento do atendimento, pois seu estágio se encerrava naquela semana e não poderia assumir um seguimento não estando mais naquele serviço.

Ao ouvir a história obtida na matrícula no Ambulatório, não pude deixar de sentir um desejo muito grande em conhecê-la. Pareceu-me desde este momento, que seria possível conhecer e me relacionar com um excelente exemplo de alguém resiliente.

A procura do Ambulatório devia-se ao desejo de Jane por ajuda psicológica, pois sua história sensibilizara várias pessoas com quem convive no trabalho. É estagiária de secretariado no setor administrativo de uma instituição de ensino. Tais pessoas sugeriram a procura de um serviço de saúde.

¹⁹ Reafirmamos que todos os nomes de pessoas apresentados nos relatos desta tese são fictícios.

Jane sente que sua história é triste, porém não se sente triste. Seu principal problema é o relacionamento com sua mãe. Queixa-se também de cefaléias freqüentes e de uma anemia que já está tratando.

A principal dificuldade com a mãe está no cotidiano de alcoolismo em que esta vive. Dona Cleusa bebe todos os dias. No mínimo uma garrafa de pinga por dia. Jane conta que sempre a mãe bebeu, porém nos últimos 5 anos o alcoolismo tornou-se uma dependência extrema, sempre acompanhada de um comportamento agressivo, que se traduz por insultos verbais e ataques com agressão física contra as filhas, quase que diários (sic).

Jane é a 2ª filha de uma prole de quatro. Vanderléia é a mais velha, com 20 anos e já com duas filhas (de 5 e 1 ano). Depois de Jane vem Rosimeire com 12 anos e Maria Cleusa, com 9 anos. As duas primeiras têm pais diferentes e as duas últimas são filhas da união mais estável de sua mãe com um companheiro, que nunca aceitou as duas mais velhas. Este companheiro abandonou a família há aproximadamente 8 anos, ocasião em que fora investigado pela justiça por suspeita de abuso sexual contra as irmãs mais velhas. Jane não se recorda do que aconteceu. Lembra-se apenas que na ocasião fora internada após um acidente automobilístico grave, e no hospital detectaram lesão suspeita de violência sexual e traumatismo craniano grave. Após sair da UTI, passou a viver num abrigo até que uma de suas tias viesse a assumir sua tutela. Até hoje não sabe a quem pertence sua guarda, pois cerca de dois anos depois do acidente voltava a viver com a mãe, à pedido da tia. Este período, segundo Jane, foi muito triste. Sentia falta das irmãs. Refere-se ao período em que esteve em Lar abrigo, como o mais triste de sua vida.

Há quatro anos, foi apresentada ao pai, que sempre quis conhecer. Ficou decepcionada, pois este não correspondia ao que ela idealizara. Havia saído do presídio há pouco tempo, era usuário de drogas injetáveis e havia contraído HIV. Apesar de ter se apresentado receptivo e desejando aproximar-se dela, Jane não conseguia dissociá-lo de seu abandono e do desinteresse por sua vida, durante todo este tempo. Conta a respeito da falta da figura paterna, principalmente nas datas comemorativas, quando o

pai das irmãs mais novas as presenteava, fazendo questão de dizer que só tinha compromisso com suas filhas.

Na história clínica do primeiro atendimento, chamou-me a atenção para informações tais como: de que a mãe tentara abortar durante a gestação de Jane, perda da acuidade visual em olho direito após o “acidente”, bom desempenho escolar (apesar desta história, perdera apenas dois anos e está cursando a 2ª série do ensino médio), desejo de realizar uma faculdade, pois pretende ser Assistente Social.

A maioria destas informações foram colhidas no primeiro atendimento com a médica residente. A empatia entre as duas foi grande, o que me causou preocupação com relação aos futuros atendimentos comigo. Foi importante a minha apresentação à ela, já neste primeiro atendimento. Senti que ela gostou do meu jeito e que iria retornar. Além da proposta de acompanhamento no Ambulatório de Adolescentes, a encaminhamos à Triagem do Ambulatório de Psiquiatria para adolescentes e prescrevemos Ergotamina para a cefaléia, que nos pareceu muito sugestiva de tratar-se de enxaqueca.

Duas semanas depois, Jane comparece à consulta, conforme havíamos programado. O atendimento atrasou cerca de 45 minutos. De pronto, percebi, que ela estava contente em me ver. Estava muito bem arrumada, como se estivesse indo a algum lugar mais formal. Senti seu perfume e pude observar que usava batom. Não conseguia lembrar-me de que ela estivesse tão bem cuidada na consulta anterior. Sempre sorrindo, logo conseguimos retomar as questões que a traziam ali. Ao mesmo tempo, meu esforço dirigia-se a expectativa de identificar com clareza tanto a necessidade como a real disposição de Jane para a psicoterapia, uma vez que não comparecera a triagem de Psiquiatria agendada no último encontro. A princípio, a história obtida até então, já justificava o atendimento. Os riscos eram evidentes. No entanto, julguei necessário tanto para ela como para mim, compreender melhor sobre sua *resiliência*, que me parecia grande.

Nos últimos 6 anos, Jane e as irmãs vivem cada pouco e, a cada crise da mãe, com uma das tias ou com pessoas conhecidas da família. Jane se recorda com muita emoção de tristeza do período em que ficou numa instituição abrigo de crianças e jovens. Os olhos grandes contêm as lágrimas, que minha emoção de medo e o sentimento de dor apelam para que ela contenha. Conta das dificuldades no relacionamento com a mãe e com as irmãs. Não sente confiança em nenhuma delas. Tem dificuldades para encontrar um espaço que a faça sentir bem. Não consegue dormir no mesmo cômodo que elas. Dorme num cômodo inacabado, que será um futuro quarto, mas que não tem nem mesmo vidros na janela. Imagino e até chego, em parte, sentir o frio que deve ter nas noites como as que estamos vivendo [julho de 2001].

Peço para que ela me conte um pouco a respeito de seus desejos para o futuro, propondo a construção de um desenho da mão que pode alcançar os desejos e, que contém o ponto de partida para atingí-los²⁰.

²⁰ Criei esta atividade a partir de uma semelhante vivida por mim em uma oficina sobre Resiliência promovida pela psicóloga e amiga Cenise Monte Vicente. Trata-se de uma atividade que tem por objetivo auxiliar a visualização dos sentidos que damos a vida em geral, através da idéia dos desejos que almejamos alcançar na vida. Complementa-se com os pontos de partidas, que representam o momento de nossa autopeise, o que consideramos como fundamentos já alcançados (e daí a simbologia do que já está em mãos) para se atingir os desejos.

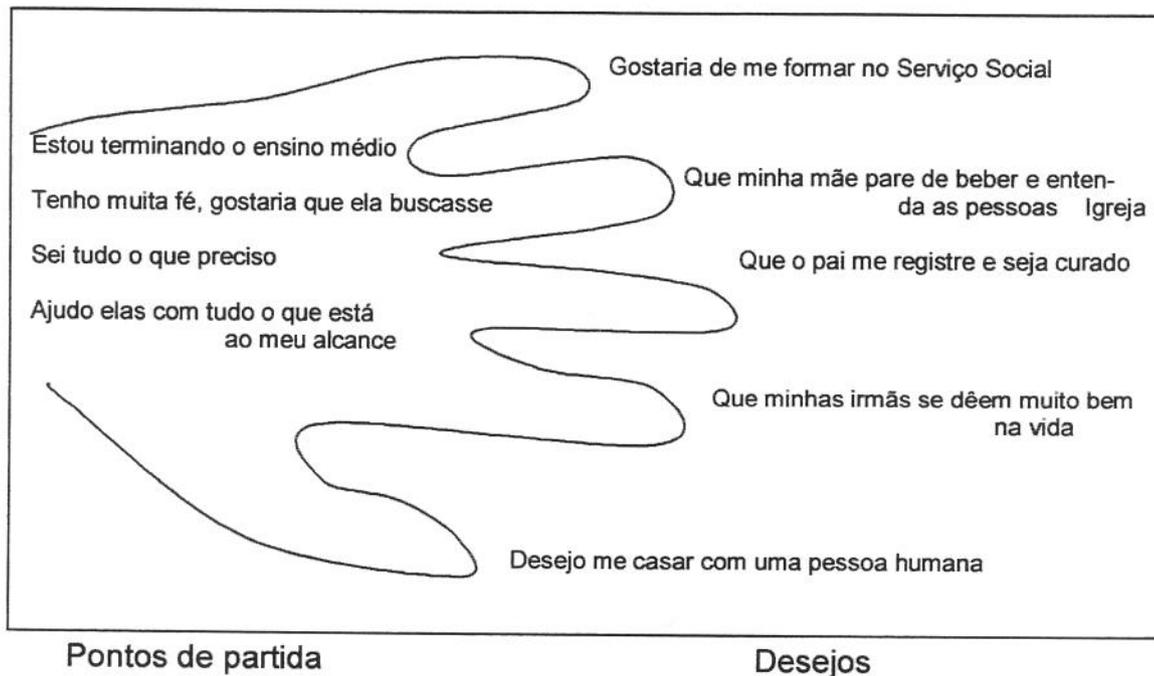


Figura 27: Os desejos de Jane

Fiquei surpreso com seus desejos, na maioria voltados para as figuras familiares. Até mesmo o desejo que o pai a reconheça socialmente como filha vem acompanhado do desejo de que ele se cure. O desejo de tornar-se Assistente Social foi justificado através de um reconhecimento de que tudo o que lhe aconteceu de bom na vida, sempre teve uma Assistente Social envolvida. Trata-se de desejo de ajudar os outros que como ela necessitam tanto. Com relação ao desejo de casar-se com uma pessoa *humana*, justificou que espera encontrar alguém diferente do pai. Alguém humano, que a trate como ser humano, reconhecendo-a como humana, tratando-a de forma humana. Senti em suas repetidas falas sobre o humano o bicho, o não humano, o inumano, o desumano. Da falta do afeto à não aceitação. Da indiferença ao não reconhecimento social. Degenerescência, sentimento de bastardia.

Resta o corpo. Sua dimensão *conatus*. O produzir-se humano carece de *registro social* de uma *aceitação* pública de que pelo menos se teve responsabilidade pela existência de um ser humano. É como se o humano fosse a gênese e, ao mesmo tempo,

a síntese de todas as dimensões da existência. Ao falar sobre o humano, sobre o registro, sobre um futuro parceiro que fosse humano, estávamos tocando num dos pontos cruciais de sua força e de seu risco. O desejo deste reconhecimento em parte é força, como também, em parte, a vulnerabiliza, porque produz desejo de não desejar este desejo. Vibração de *conatus*.

O pai que se aproxima, ao mesmo tempo, dificulta esta aproximação ao não esforçar-se para registrá-la em seu nome. Uma questão de dinheiro? O custo de cem reais, reduzido a cinquenta, pois Jane já conseguira os outros cinquenta, não pode ser desculpa, pois não lhe falta dinheiro para comprar presentes a sua outra filha... O que falta é o desejo, a aceitação deste registro... A clareza destes sentimentos se mistura com a incerteza das palavras de uma razão que não convence, de uma ética perversa e, de uma emoção que não comove.

Toda esta carga de sentimentos e emoções é acolhida num ouvir desejan-te, curioso²¹ no cuidado em permitir a fala do que necessita ser falado, cuidadoso no não julgar com palavras. Esta carga de acolhimento em contato com aquela, gera uma relação de estrutura, onde os riscos ficam por conta de nossas próprias dúvidas relativas ao quanto podemos sustentar tal estrutura. De minha parte propus a busca de mais um apoio a esta relação: a escuta da Assistente Social; o que foi aceito por Jane. Tal profissional não só acolheu as demandas relativas ao registro, tentando encontrar um cartório que reduzisse os custos do mesmo, como também colocou-se a disposição para orientá-la em relação ao desejo de tornar-se Assistente Social.

Num terceiro encontro, Jane retorna como na consulta anterior: exuberante, com um sorriso de alegria por estar ali. Fiquei contente ao vê-la e principalmente por estar lhe atendendo no horário programado e por ter a oportunidade de conhecê-la um pouco mais. Não havia pressão do Ambulatório no sentido de um atendimento mais rápido ou menos atento.

²¹ Com relação a palavra *curioso*, senti um pouco de incômodo ao escrevê-la. Cheguei a buscar no dicionário um sinônimo mais aceitável. No entanto, encontrei uma boa justificativa para mantê-lo. Entre seus sentidos não pejorativos, estão: "1 que ou aquele que é ou se comporta de modo zeloso, cuidadoso [...] 2 que ou quem manifesta o desejo de ver, ouvir, experimentar, ficar conhecendo" (HOUAISS & VILLAR, Mauro Sales, 2001, p. 894).

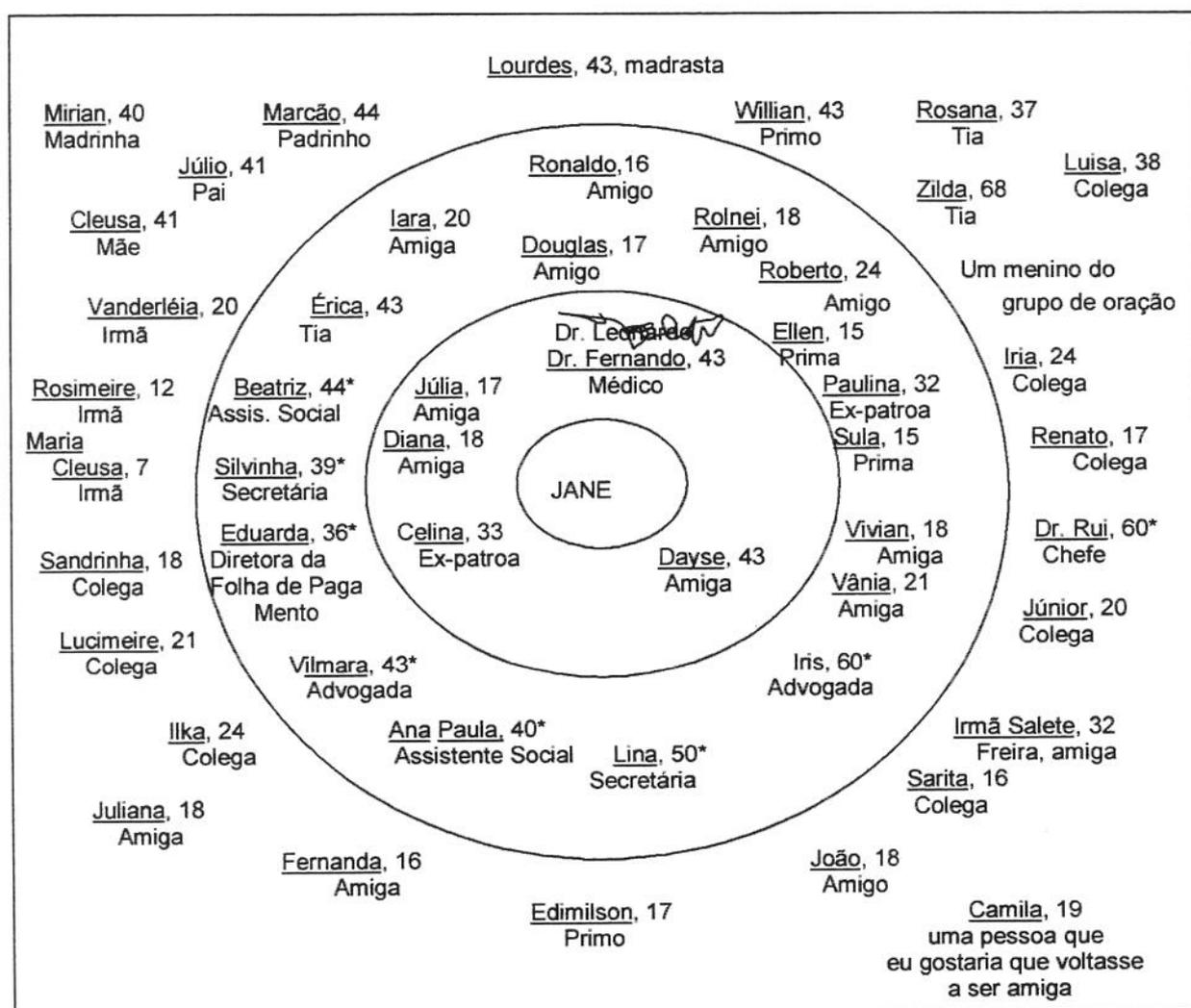
Começamos ouvindo como tinha passado nas duas semanas que nos separavam. Falou-me de algumas dores de cabeça, logo associadas a uma decisão de deixar a casa da mãe, que nos últimos dias havia sido tão agressiva ao ponto de dizer que ela não tinha mais porque agüentá-la em sua casa, bem como Vanderléia e suas filhas. Todas as vezes que a mãe manifesta suas raivas, está alcoolizada. Com a irmã fôra tão agressiva, que a levou a procurar uma das tias para passar algum tempo. As meninas continuam na casa da avó sob os cuidados de Rosimeire. Jane pensa em procurar uma de suas tias, pedindo ajuda, algum lugar onde possa sentir paz... Proponho a construção de sua rede de apoio²², o que foi logo aceito.

A oportunidade da construção da rede de apoio foi muito importante para Jane e permitiu-me identificar não apenas as pessoas mais significativas em sua vida, como, também, as formas de relações que ela constrói com estas pessoas, seus valores, desejos, sentimentos e expectativas para com elas. Minha surpresa e ao mesmo tempo incômodo foi ver-me incluído no círculo mais íntimo de sua rede. Exatamente naquele cuja proposta era a de incluir as pessoas com as quais ela sente maior confiança. Se esta expectativa causou-me um certo medo, o incômodo foi maior quando percebi que ela confundira meu nome, necessitando rasurar o trabalho próximo a meu nome.

Neste mesmo círculo, foram incluídas três amigas que foram muito íntimas e que atualmente já nem se encontram mais próximas e também uma ex-patroa, Celina, cujo contato havia sido muito importante na vida. Era quem lhe ajudara a sair da rua, num momento em que apenas este espaço era possível para sua vida. Celina demonstrara a maior confiança, que Jane experimentara até então, acolhendo-a na rua e levando-a para trabalhar em sua casa. Embora as relações com Celina não tenham perdurado por muito tempo, o gesto foi demasiadamente significativo na vida de Jane. Foi um ponto definitivo de mutação em seu *êthos*. Na ocasião, estava vendendo drogas e a esmolar

²² A proposta do desenho de uma *rede de apoio*, apoia-se na idéia de que a visualização das pessoas e o grau de proximidade em termos de confiança e desejos para que se tornem mais próximos e confiantes, possibilite a percepção do valor das relações inter-pessoais, suas potencialidades e sua dinâmica. A proposta é simples: no círculo mais interno, coloca-se o nome da pessoa em questão; no primeiro círculo de relações deve-se incluir as pessoas mais significativas em termos de confiabilidade e apoio; no segundo círculo, se incluem as pessoas que oferecem possibilidades de apoio e ajuda, mas que ainda não são consideradas de maior confiança; fora da rede devem ser incluídos aqueles que a pessoa gostaria que fizessem parte de sua rede.

nas esquinas. Havia se estruturado para viver na rua. Porém, não conseguia suportar as pressões de todos os que a exploravam. Celina lhe apontara outro caminho. Era pegar ou largar... Pegou... Jane reconhece com gratidão este gesto e, principalmente o que aprendeu com ele.



*Pessoas que trabalham na mesma instituição, onde trabalha Jane.

Figura 28: Desenho de Jane de sua Rede de Apoio

Em termos de aprendizado, apontou várias pessoas do segundo círculo, que lhe ajudaram a ver o mundo com mais significado, com um sentido diferente ao da simples sobrevivência a qualquer custo (o que também é reconhecido como única saída que pessoas como ela encontram para perseverar na existência). Achei significativa a presença de várias pessoas com quem convive no trabalho. Segundo ela, a quem querem muito bem, sempre se dispendo a indicar caminhos e a ajudá-la a superar muitas de suas dificuldades. Destacou também a ex-patroa Paulina, irmã de Celina e, que lhe ensinara muito sobre a vida, sobre a importância do trabalho, etc. Neste mesmo espaço de sua *rede* aparecem duas parentes, tia e prima, que sempre acabam sendo acolhedoras nos momentos de crise. Sempre que está precisando um lugar para morar é na casa delas que se sente melhor acolhida e aceita. O problema é o vínculo desta tia com o tráfico de drogas. Jane não a recrimina por isto. Trata-se da forma encontrada pela tia para sobreviver da melhor forma possível. Segundo Jane, “na casa desta tia nunca faltou nada para se viver com o mínimo de dignidade”.

Fora dos dois círculos, foram colocadas as pessoas que ela gostaria que viessem a ser incluídas na rede de apoio. Aqui, os familiares mais próximos foram colocados. Todos tinham dado motivos para que Jane não mais os tivesse em confiança. No entanto, o desejo de que viessem a fazer parte da sua *rede* permite identificá-los como pessoas com as quais ela constituiu algum tipo de vínculo afetivo e/ou de amor que, dificilmente, poderia ser rompido. Chamou-me atenção quatro outras situações neste espaço: a inclusão da madrasta que ela nem mesmo conhece; a referência vaga a um menino do grupo de oração, que passou a freqüentar; o Dr. Rui, advogado chefe em seu trabalho, que nunca conversou com ela; e, uma ex-amiga, que certamente lhe foi importante em outros momentos de sua vida.

Este atendimento me foi muito rico. Senti o vínculo se fortalecer, ganhar fundamentos, estruturas. Passei de um incômodo inicial para um sentimento de prazer com a possibilidade do instrumento, com o aprendizado de vida que ali recebera como um presente dela e, também com seu olhar e sua avaliação positiva. Fiquei com a forte impressão de que algum efeito inconsciente este momento havia lhe provocado. Talvez a idéia de *apoio* e suas vicissitudes tenha emergido a nível consciente, porém com certeza

a mobilização de um agir mais profundo, um *saber-fazer ético*, tenha se despertado: seu saber-se inconsciente como pessoa que apoia e que necessita e merece apoio. Restou um pouco de medo e apreensão com relação às dificuldades para um atendimento mais especializado

Em meados de agosto, um quarto atendimento. Neste dia o ambulatório estava com muitos atendimentos. Jane ficou surpresa com a demora que pela primeira vez estava ocorrendo. Pensou em desistir. Foram quase 2 horas de sala de espera. Percebi seu incômodo ao chamá-la. Começou dizendo que estava passando bem, mas logo já se contradisse. A situação em casa ficou insustentável e agora já está na casa da tia Érica. Mais uma vez fora acolhida por esta tia. Estava dormindo no chão, porém sentia-se mais em paz do que na casa de sua mãe. Cleusa bebeu tanto num destes dias, que precisou ser internada num hospital público. Depois de sair de quase um coma alcoólico, foi transferida para uma ala de pacientes psiquiátricos e no 5º dia de internação fuge do hospital. Retorna furiosa. Volta a beber e num descontrole coloca todas as filhas e netas para fora da casa. Jane fala um pouco da vergonha por ter sido mais uma vez expulsa de casa. Vanderléia e as filhas são acolhidas na casa da tia Zilda. Rosemeire e Maria Cleusa ficam com tia Rosana. Jane busca Érica e Sula. Lá também vive Edimilson, que não gosta muito dela. O maior incômodo, entretanto é a situação da droga, que quando chega, implica que todos os menores saiam da casa. No último Sábado, tiveram que passar a noite num bar, pois não poderiam voltar para casa, enquanto não fossem “liberados”. Com relação a mãe diz que não está querendo nem ouvir falar dela. Pergunto se ela gostaria de expressar seus sentimentos com relação a sua mãe , ou escrever alguma coisa que estivesse “engasgado” com relação a ela. Aceita com certo desconforto, mas logo lança-se na escrita:

Mãe

*Quando ela está sem beber, eu converso. Às vezes falo para ela o
que está me acontecendo.*

Tenho até dó dela

Quando ela está bêbada, eu e minhas irmãs, a gente sente ódio.

Às vezes até mortal. Raiva.

*Uma tristeza, que só quem conhece nos entende. Ela começa a falar
e falar e a gente se cansa de escutar e ela chega a até brigar, bater e
agredir.*

...

[tempo que leva para voltar a escrever]

*Gosto muito dela. Quando estou longe sinto falta dela
e das meninas, mas quando volto a vê-la sinto uma raiva.*

Uma magoa de tudo o que ela nos fez.

Com lágrimas nos olhos, Jane diz que também não conseguirá continuar por muito tempo na casa da tia, porém diz que não volta mais a viver com a mãe. Imediatamente engata uma fala sobre o grupo de oração e de um rapaz que também frequenta o mesmo grupo. Parece que está interessado nela. Jane não gosta dele, mas acha que ele poderia ajudá-la. Já lhe disse que vive só num apartamento. Seu nome é Jeferson.

No quinto retorno, volta mais animada. O agendamento para o final do período de atendimento em parte resolveu o problema da espera. Novamente bem vestida, não deixando de contar que a Assistente social de seu serviço lhe dera um dinheiro para que pudesse comprar um roupa melhor para vir ao médico. Senti um pouco de exagero nesta fala, que pareceu-me uma tentativa de que eu me compadecesse mais de suas carências.

Conta que duas coisas boas lhe ocorreram nestes últimos 15 dias. O pai a procurou e lhe ofereceu a casa para morar. Será com ele, a esposa, um filho desta e uma irmãzinha (filha dos dois) de 6 anos, chamada Grazielle. Sente que lá terá mais

segurança, mas não tem idéia de como será, pois não tem idéia de como será Júlio, seu pai, com quem nunca conviveu. Lourdes, a esposa do pai, parece ser simpática. A outra novidade é que o rapaz do grupo de oração, Jeferson, está, realmente, interessado nela e já lhe disse que ela poderia morar com ele se quisesse. Jane acha que até poderia aceitar a proposta se ele aceitasse que ela levasse suas irmãs Rosemeire e Maria Cleusa também. Pergunto se ela tem a dimensão destas duas ofertas e percebo que seu senso de realidade está um pouco “desfocado”.

Com relação a oferta do pai, diz que aceitará pois não é mais possível viver com a tia. Entretanto, sabe que será muito difícil e aceitará ir para lá até encontrar algo mais definitivo. Pensa que a proposta de Jeferson talvez venha ser uma solução mais definitiva. Pergunto se ela acha que ele não vai querer algo em troca e também se ela acredita que ele possa oferecer um espaço para suas irmãs. Responde que acha que ele vai querer viver com ela como marido e mulher. Embora não sinta atração por ele “ainda”, acredita que poderá vir a gostar dele. Acha que já está na hora de pensar em se casar. Disse também que já foi, com uma amiga, sondar onde ele mora. É um apartamento de dois quartos, onde ele vive só. Disse que o rapaz trabalha como auxiliar de escritório, tem 26 anos, uma vida relativamente estável, e, independente de sua família.

Fico preocupado com as possibilidades que Jane está se colocando. Peço para que tenha calma, que aceite a proposta do pai e depois aos poucos reveja suas possibilidades com este rapaz. Falo da importância do namoro, da necessidade de se preservar, e de não se sentir pressionada a nada, antes de se decidir qualquer coisa neste âmbito afetivo. Pura carência. Carência de espaço para se sentir segura para viver. Fico com sua carência de espaço oprimindo meu peito e meus pensamentos. Peço que converse com nossa assistente social, com quem tenho certeza poderá contar com a ajuda neste momento de decisões. Acredito que um apoio feminino é muito importante neste momento. Sinto que assim o fará. Certifico-me de seu tratamento de anemia, que continua irregular e lhe peço outro exame de controle. Agendo novo retorno, que ocorre 15 dias depois.

Jane volta menos arrumada que das outras vezes. Não reluz como antes, aparenta estar triste. Está vivendo há 10 dias na casa do pai. Disse que foi mal acolhida por todos. A madrasta lhe cedeu um lugar no beliche onde dorme seu filho Eduardo de 15 anos. No mesmo quarto, dorme Grazielle. Jane diz estar se sentindo uma intrusa e que o pai não a ajuda sentir-se melhor. Não há espaço para nada do que é seu. Nenhum espaço no guarda-roupas foi cedido. Tem empilhado tudo em baixo da cama. Lançou indiretas ao pai para que lhe ajude a comprar uma cômoda. Este disse estar sem dinheiro e dois dias depois compra uma bicicleta para Grazielle como presente de dia das crianças. Sente que o filho de Lourdes não fica a vontade no mesmo espaço. Resmunga muito pelos cantos e quase não lhe dirige conversa. Lourdes também não se sente a vontade com ela em casa, procura mudar de cômodo quando ela está lá para evitá-la. Júlio quase não fica lá. Acha que daqui a pouco também deverá mudar-se. Contou-lhe sobre uma amante. Enfim, tem passado o menor tempo possível lá.

No último final de semana, passou com Jeferson, chegou a dormir lá, porém disse que ainda está só namorando. Teve que dormir lá pois quando se deu conta, não tinha mais ônibus para voltar. Disse que o rapaz a respeitou e que está a espera que ela se decida. Já permitiu que as irmãs fiquem um tempo lá. Jane ainda não tem confiança. Está suspeitando que ele está namorando (ou, terminando um namoro?). Respondeu a alguns telefonemas de forma estranha, tentando não permitir que ela entendesse o que estava ocorrendo.

Na semana seguinte, veio a minha procura sem agendar. Felizmente, pude atendê-la. Veio pedindo ajuda ao pai que perderá auxílio doença da previdência, pois o médico suspendeu seus atestados de doença, e deverá retornar ao trabalho caso não queira perder o emprego. Isto provocará redução significativa nos poucos ingressos da família, pois Julio, apesar de afastado do emprego, consegue fazer alguns bicos. O pedido é para que de alguma forma intervirmos junto ao médico que acompanha o pai. Tento através do serviço social esclarecer melhor o que está ocorrendo. Fico sabendo que o médico não quer mais mantê-lo como dependente da Previdência, pois encontra-se com todas as condições para o trabalho.

Percebo que Jane quer falar sobre o Jeferson. Disse que se sentiu muito mal, por problemas digestivos, no último final de semana e precisou procurar um pronto socorro. Jeferson não se dispôs a acompanhá-la. Sentiu-se mal e só. Ligou para a mãe, que foi até o Hospital. Acabou retornando para a casa do pai. Não se sente segura para viver com Jeferson. A mãe não permitiu que as irmãs acompanhassem Jane para viver com Jeferson. Acabaram brigando mais uma vez, mãe e filha. Esta semana já não encontrou mais Jeferson no grupo de oração.

Falta no atendimento seguinte.

Reencontro-a apenas em 6 de dezembro de 2001. Conta que faltou, porque tudo complicou em sua família. A irmã Vanderléia foi presa mais uma vez. Seu ex-parceiro está foragido. Estiveram juntos em um assalto a uma padaria. As sobrinhas continuam com uma das tias. As irmãs também. A mãe entrou em crise e precisou ser internada novamente em Hospital psiquiátrico. O pai decidiu perder o emprego e está deprimido. Quase que não fica em casa pois briga o tempo todo com a mulher. Lourdes, a madrasta, mexeu em sua bolsa e encontrou duas “trouxinhas de droga” que Jane venderia para uma amiga, que está precisando de dinheiro. Percebo que sente-se envergonhada de me contar esta estória. Tento não julgar, mas não consigo deixar de exprimir minha preocupação. Justifica que o dinheiro não era para ela, que estava só tentando ajudar uma amiga. Fico preocupado com a possibilidade de Jane estar experimentando drogas e lhe pergunto a respeito. Diz que já experimentou de tudo o que eu podia imaginar, mas que as drogas não fazem sua cabeça. O problema era com Lourdes, que além de invasora, agora se munia desta justificativa para não ter Jane mais em sua casa. Júlio recusou-se a abandonar a filha. Deu-lhe um sermão e não voltou mais a conversar com ela. Cada vez está mais difícil conversar com ele do que encontrar a mim no Hospital.

Percebo que havia me procurado nas duas semanas anteriores, em que não estive lá. Tudo conseqüência da falta de agendamento adequado. Enquanto estávamos respeitando o agendamento os retornos fluíram. Quando passou a me procurar por sua conta passou a não me encontrar. Fico preocupado com esta queixa. Sinto que Jane necessita um atendimento regular com equipe multiprofissional e auxílio psicológico

especializado. Sinto que suas relações vão muito mal. Apesar de tudo, irá passar de ano. Arrumou um outro namorado no colégio. Está apaixonada por Ronaldo. Continua com os mesmos desejos. Peço que reconstrua o desenho dos desejos a serem alcançados, uma vez que este será nosso último encontro do ano. Proponho discutir sua situação com a Psicologia, tentando marcar um retorno para mais breve, principalmente porque vou entrar em férias.

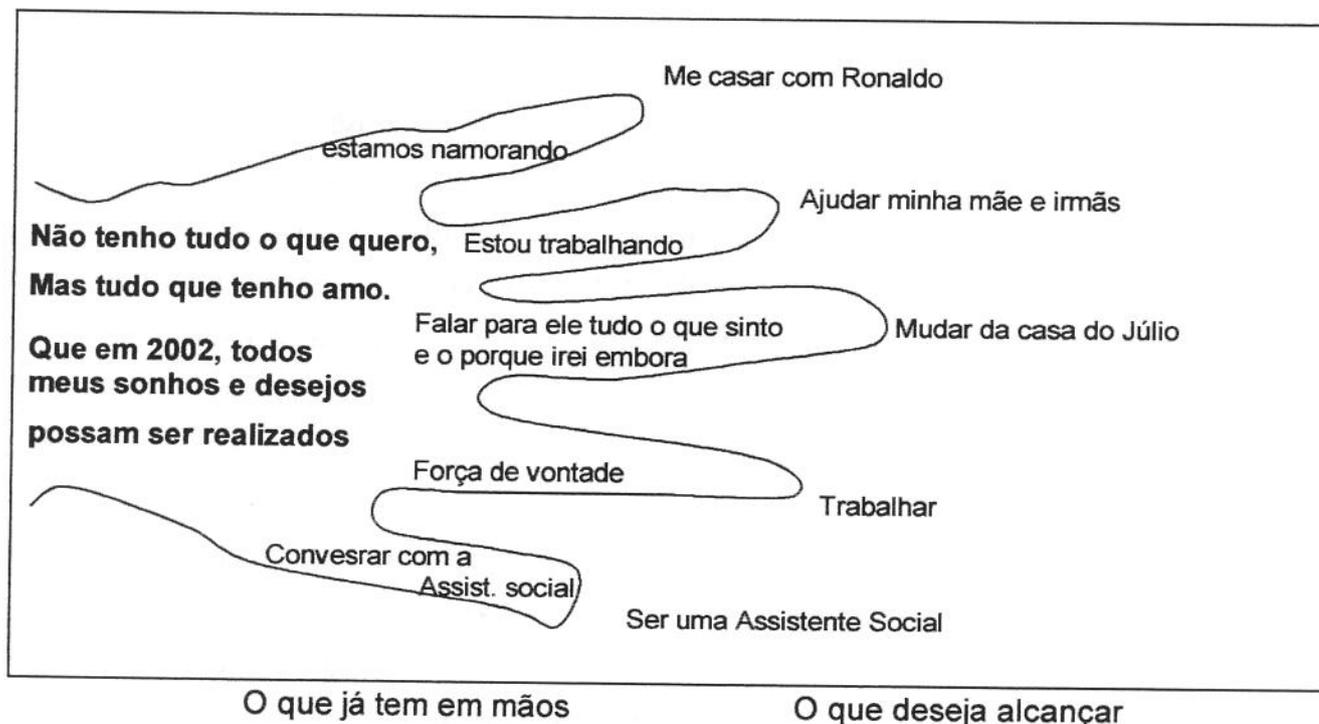


Figura 29: Reatualização dos desejos de Jane

Apesar da mensagem bonita, sinto muita ansiedade de Jane com relação ao futuro. Parece que quer tudo para já. Quase todos os desejos são colocados bem próximos às pontas dos dedos. Apesar de todo caos que a circunda, consegue expressar o amor por tudo o que tem. Aprendo muito com ela. Fico preocupado por não conseguir acompanhá-la neste final de ano. A equipe que continuará no ambulatório, em especial a Assistente social, se compromete a estar à disposição para qualquer necessidade de comunicação por ela sentida.

Sem dúvida, o processo de vínculo com Jane tem sido muito rico e através dele tenho conseguido refletir um pouco mais a respeito de vulnerabilidade e resiliência. A falta de espaço, o alcoolismo materno, a ausência paterna, a relação abusiva com o padrasto, a não aceitação da madrasta, o acoplamento estrutural a um meio violento, o tráfico, todas estas adversidades por si poderiam fazer emergir um *conatus* triste e aberto a auto destruição. No entanto, ela consegue superar todas adversidades com determinação no trabalho, na escola, através dos sentidos que dá a sua vida, o desejo de ajudar a todos com quem convive, e de ajudar os outros como futura assistente social, seu bom humor sempre presente, sua auto-estima, e autonomia em suas decisões.

Pode-se identificar que ela estrutura um *êthos* forte, desejante, que busca justiça para com suas emoções. Até no momento do desligamento da casa da mãe e toda a raiva e ódio sentida é contrabalançada com o amor constituído: “*quando estou longe, sinto falta dela*”. Sua capacidade comunicativa e sua abertura para ajudar e buscar ajuda são muito fortes. Muitas vezes até de forma ingênua, quando diz que aceitaria viver como mulher de alguém que lhe oferecesse um espaço. Aí, nesta falta de espaço, talvez se encontre sua maior vulnerabilidade.

Conatus: Provisão e prevenção

Atribuir às ... ordens inferiores pobreza cultural serve, no mínimo, para avaliarmos a miséria dos intelectuais.

(CHAUI, Marilena, 1981, p. 67)

Há uma tendência muito grande em nós, como profissionais de saúde, de atribuímos ao outro que nos demanda (ou que julgamos que deveriam nos demandar) uma “cultura muito pobre”, decorrente de seu modo de vida “muito simples”. Considero esta postura, muito mais uma alienação do lado de cá do que realmente um problema técnico de comunicação. A dificuldade de compreender o que têm para nos dizer de suas necessidades, desejos e dificuldades de seus corpos e do meio ao qual se encontram acoplados, é muito mais de postura arrogante, que de dificuldades de se fazer compreendido. Aquela postura de quem sabe para quem não sabe; para aqueles cujo processo autopoietico não é capaz de produzir conhecimento. Neste sentido, perdemos qualquer noção que se tenha do potencial da situação para nele inserirmos um diálogo com o outro, para assumirmos, irresponsavelmente, toda a ‘responsabilidade’ de indicar o que deve ser feito, o “dever ser” saudável.

A atitude preventivista muitas vezes é capturada por esta falsa concepção. Assim nos indica Víctor Vicent Valla (2000):

Toda proposta dos sanitaristas pressupõe a “previsão” como categoria principal, pois a própria idéia de prevenção implica num olhar para o futuro. Mas poderia ser levantada como hipótese que estes setores da população conduzem suas vidas através da categoria principal da “provisão”. Com isso se quer dizer que, a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência enfrentadas no passado, faz que o olhar principal seja voltado para o passado, preocupado em prover o dia de hoje (VALLA, 2000, p.15).

A possibilidade de incorporar no *logos* preventivista a categoria de provisão, que se constitui a partir da memória da carência vivida e sua emergência na ação, pode contribuir em muito para novas práticas em Educação e saúde, até mesmo dentro do consultório. Vejamos um exemplo, que por si, nos coloca diante esta possibilidade.

A asma de Jeff

22 de maio de 2001.

Estou no Centro de Saúde B, realizando supervisão de atendimentos de médicos residentes em Medicina Preventiva e um deles me traz a seguinte situação para que eu o auxilie:

Trata-se de Jeff, 3 anos e 6 meses, filho de Berenice, 30 anos e João, 25anos. Ambos estão desempregados. João faz serviços de servente de pedreiro, porém não tem emprego fixo, depende da oferta eventual de serviço. Jeff tem ido com muita freqüência ao CS, quase sempre com dificuldades respiratórias. Na revisão do prontuário, no último ano, foi atendido 9 vezes: em 6 delas com crise de bronquite de moderada intensidade e em 2 ocasiões com insuficiência respiratória que exigiu encaminhamento para avaliação hospitalar. Várias vezes teve otites, sinusite e 2 pneumonias concomitantes com as crises de broncoespasmo. Há relatos da mãe, que além de buscar ajuda no CS, muitas vezes apela para o Pronto Socorro, por conta própria.

Mãe conta que há duas semanas levou o filho ao PS, com cansaço para respirar, febre e gemência. Lá fez inalações, com pouca resposta e acabou necessitando internação por dois dias para administração de medicamentos por via endovenosa. Veio hoje ao CS para revisão do quadro respiratório e para atender a solicitação da equipe de saúde que fizera uma visita domiciliar há dois dias e detectara inúmeras dificuldades para a aplicação de profilaxia ambiental. A moradia é de alvenaria, sem acabamento, constituída de 3 cômodos, onde vivem

11 pessoas. Trata-se da casa dos avós paternos de Jeff. Aí moram, além dos avós, pai, mãe, e dois irmãos, mais dois tios e duas tias. Jeff, pais e irmãos vivem no cômodo projetado para ser a sala da casa, os demais familiares vivem no outro quarto. Compartilham a cozinha e um pequeno banheiro com entrada externa, onde há uma fossa. A casa é fria, pois tem várias frestas na parede que aguardam o reboco. Não há telhado, e a laje permite infiltrações de água nas paredes e nas saídas de luz. O piso é cimento rústico, aguardando um dia em que será possível a instalação de um cerâmico. Além do frio e da umidade, é muito difícil controlar a poeira, pois a casa localiza-se em área de invasão não pavimentada, e as próprias condições da casa e do grande número de habitantes, impossibilitam a higiene necessária para se livrar o espaço dos desencadeantes de possíveis alergias respiratórias. Além de Jeff, Berenice, uma irmã e um tio sofrem de rinite e asma. Para piorar um pouco mais a situação, dos 7 adultos, 4 são fumantes, inclusive os avós, que fumam o dia todo dentro de casa. Além dos relatos anotados no prontuário, o médico residente, a auxiliar de saúde e a assistente social que estiveram lá, juntaram-se diante de mim para relatar mais detalhes de tal situação. Evidentemente, me convencendo diante mão de que qualquer estratégia de profilaxia ambiental seria impossível de ser aplicada.

A primeira emoção que tive era um misto de raiva com pena pela situação e o sentimento evocado era o de impotência. Ao me aproximar de Berenice e João Paulo, senti tristeza ao vê-los com as roupas bem desgastadas e poucos cuidados com o corpo e com a aparência. Evidenciavam a carência, fisicamente. Percebi, entretanto, no sorriso dos dois e principalmente, na alegria de Jeff explorando o ambiente do consultório, que deveríamos explorar as possibilidades de resolução da situação a partir das perspectivas deles, em especial de Berenice.

É por aí a saída... É pelo vínculo. Aí encontra-se a possibilidade de mudança. Esta sensibilidade "fina" possibilita o vínculo que, por si só, muda algo: acreditar-se, identificar desejos. Não adianta ficar preso à doença. É agarrar-se à saúde.

(Interlocutora educadora)

Uma idéia ocupou minha atenção, indicando que talvez fosse a estratégia mais adequada (ou simplesmente a possível) para intermediar a relação tríplice (médico, supervisor e mãe do paciente) a que estávamos colocados, e que tinha como objeto a situação ambiental, que exigia uma atuação eficaz. Me veio a mente o aparente paradoxo entre *provisão* e *prevenção*, e que tínhamos que, de alguma maneira, explorar como Berenice o percebia. Talvez a saída para a atenção à bronquite asmática de Jeff não estivesse no controle do ambiente... Propus, então a estratégia do desenho da mão e dos desejos a serem alcançados para Berenice. As respostas foram dadas, e pudemos perceber não apenas nossos limites, como potencializar nossas ações em outro nível de prevenção.

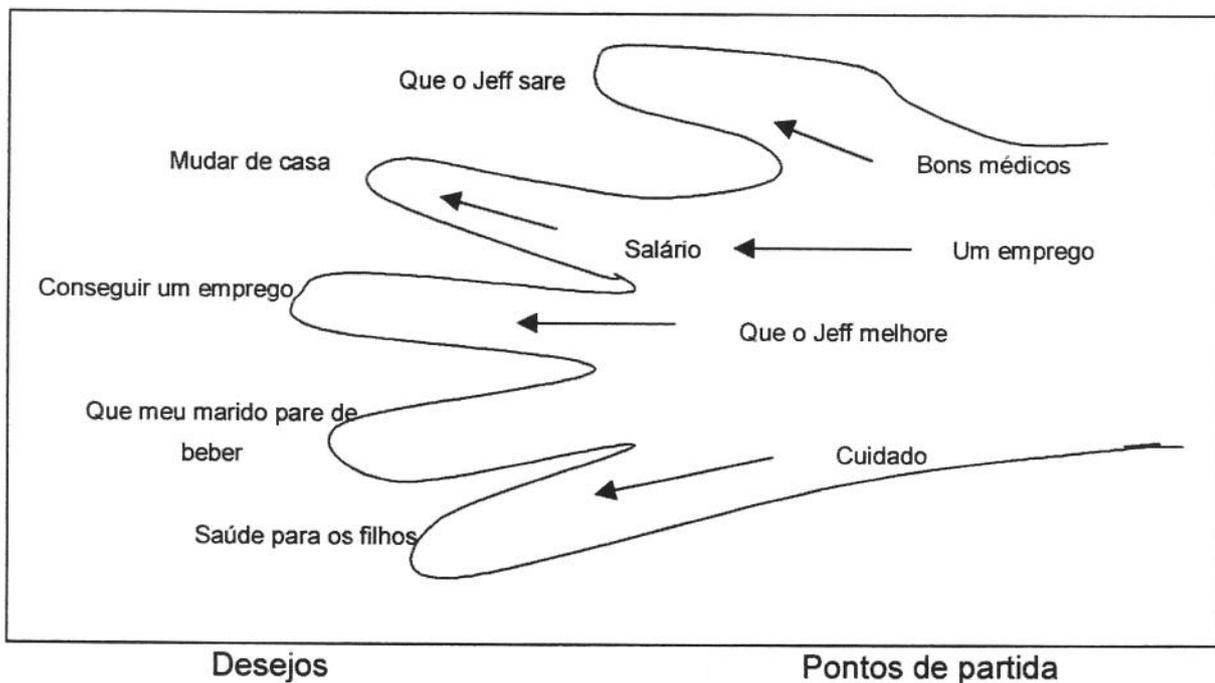


Figura 30: Os Desejos de Berenice

Os sentidos para se vislumbrar saídas para a situação estavam revelados. Um deles, o alcoolismo paterno, talvez o mais complexo de todos, revelava uma debilidade e quase uma *entrega* da potência da família diante de suas adversidades: desemprego, falta de moradia, alcoolismo, doenças... No entanto, o desemprego assume papel crucial no processo. Relaciona-se com a maioria dos outros problemas, principalmente com doença de Jeff, pois esta mobiliza tanto as emoções de Berenice e estas, por sua vez, quase que a imobilizam para que de fato possa conseguir um emprego. De repente o problema extremamente complexo, acaba ganhado feições de problema médico. Pois se nós médicos não conseguirmos dar conta do problema de Jeff, inúmeros outros se colocam. Porém do ponto de vista médico muito pouco se pode fazer, deixando assim mais uma vez o problema sem solução. Evidentemente o problema de Jeff é um problema de saúde. O problema da família é centralmente de ordem social, porém algumas saídas ainda podem ser esboçadas no âmbito da atenção à saúde. Uma delas: em vez de insistir numa profilaxia ambiental quase que impossível, recomendar o uso mais precoce possível de medicação broncodilatadora, assim que a criança inicie os primeiros sinais de que virá desenvolver broncoespasmo. A intermediação da assistente social também é fundamental no sentido de indicar saídas para a busca de empregos. Creio que uma ação médica, ou melhor de saúde, já foi desencadeada: propiciar à Berenice uma possibilidade de entrar em contato com seus desejos e dificuldades para realizá-los.

Pathos: Emoções e Vínculo

[...] Se queremos compreender qualquer atividade humana, devemos atentar para a emoção que define o domínio de ações no qual aquela atividade acontece e, no processo, aprender a ver quais ações são desejadas naquela emoção

(MATURANA, Humberto, 2001, p. 130)

A seguir apresento 6 vivências de minhas relações médico–paciente, onde a emoção central vivida em alguns momentos especificou os processos de vínculo ou não vínculo. Cada uma delas é precedida pela indicação da emoção que pretendo trabalhar. Não pretendo aqui analisar nenhuma delas. Pretendo apenas que através do relato, o leitor possa se dar conta da complexidade das situações vividas e o valor que a singularidade de cada situação pode oferecer como aprendizado.

Frustração

O desejo frustrado (Desiderium) é o desejo ou apetite de possuir uma coisa, desejo que é mantido pela recordação dessa coisa e, ao mesmo tempo, entravado pela recordação de outras coisas que excluem a existência da coisa desejada.

(ESPINOSA, Baruch, 1677, p.218)

Queimada, queima a dor, queimados

15 de julho de 1996.

Estava tendo a oportunidade de atender Jéssica, 9 anos, irmã de Luiz, 4 anos, filha de Luz, 42 anos e Emerson, 40 anos. Trata-se de uma família que me desperta uma profunda admiração pelo esforço para superar suas adversidades, e ao mesmo tempo

uma tristeza sentida no corpo ao simplesmente vê-los no Centro de saúde A. Antes de conhecê-los só conseguia perceber a angustia dos pais com os filhos doentes. Depois de conhecer suas histórias, passei a sentir tristeza misturada à admiração. Em outras palavras, mistura-se uma sensação corporal de um choro contido, por algo muito triste vivido por todos e um esforço, principalmente da mãe, para manter sempre o bom humor. O bom humor de quem se esforça para apagar algo muito bem marcado com uma enorme borracha, tentando deixar o mínimo de sinais.

Emerson é professor de Matemática em uma escola pública de segundo grau. Luz cuida da casa e quando pode faz algumas vendas de produtos de beleza. Sempre estão juntos, como se um não pudesse estar um só minuto longe do outro. Hoje traduzo esta emoção como de ameaça, que parece ter se estabelecido nas relações entre eles numa intensidade que não consigo dimensionar. Tal suposição de que estas relações tragam a ameaça como emoção essencial me impede que eu perceba a relação que eu estabeleço com esta família, ou com qualquer um deles, como livre deste sentimento. Ou seja, sempre me é muito difícil atendê-los sem ficar ansioso, com medo ou querendo fugir, atender o mais rápido possível, aliviar ansiedades ... de ambos os lados. Entretanto, desta vez com Jéssica estava sendo diferente.

Jéssica sempre acompanha as consultas de Luiz, uma criança asmática, que facilmente entra em crises, relativamente severas e, que mobilizavam muito a atenção e a preocupação de todos. Jéssica acompanha as consultas do irmão sempre com o olhar angustiado e quase sempre abraçada a um dos pais. Quase sempre é Luz que carrega Luiz de uma sala para outra do Centro de Saúde. Considero Luz uma pessoa muito amigável e que consegue na mais difícil situação manter-se sorrindo. Sorriso angustiado, porém incorporado. Creio até que seja uma de suas formas de facilitar suas entradas e relações no Centro de Saúde. Jéssica, ao contrário da mãe, nunca sorri. Percebo em seu olhar sempre um misto de angustia e profunda tristeza. Seu rosto não consegue esconder as marcas de uma queimadura extensa que sofrera aos 3 anos de idade.

Trata-se de uma queimadura com óleo quente, que atingiu 30% da área corporal: principalmente no lado esquerdo da face, couro cabeludo, face anterior do tronco e implantação do ombro esquerdo, e face lateral da coxa esquerda. Neste período de 5 anos e maio já foi submetida a 8 cirurgias plásticas.

Desde sua matrícula no CS há 2 anos, Jéssica fora atendida apenas em duas consultas. A primeira delas realizada por aluno de 5º ano e supervisionada por mim. Na ocasião, viera com uma queixa vaga de mal estar sempre acompanhado de tontura, principalmente quando viajava de ônibus ou em estradas de muita curva. Interrogamos a possibilidade de tratar-se de cinetose, anotamos também os seguintes diagnósticos: 1. Eutrofia; 2. Seqüelas de queimaduras; 3. Desenvolvimento neuro-psico motor com dificuldades emocionais; 4. Ansiedade; 5. Onicofagia. Solicitamos exames de fezes e a encaminhamos para psicoterapia. Na segunda consulta, 6 meses depois, traz uma queixa de cefaléia esporádica, que aparecera há 2 meses, na região da fronte, sem fatores de piora ou melhora, às vezes acompanhada de náuseas e tonturas. Em suma, uma cefaléia com características vagas que a mãe a associava a dificuldades emocionais mais relativas ao início da puberdade e a timidez que preocupa pais e professores. Foi medicada com Dramim e reencaminhada à psicoterapia.

15 de julho de 1996.

Consulta médica agendada.

Faço a seguinte anotação:

Jéssica, 9 anos. Há 2 meses, acordou com forte dor abdominal em flanco esquerdo, que melhorou com o uso de Dipirona. Dois dias depois, queixou-se à mãe forte disúria e a mãe encontrou uma pedrinha, semelhante a um grão de areia, em sua urina. De lá para cá tem queixado-se de dores semelhantes, porém menos intensa, em flanco direito. A dor é do tipo cólica, ocorrendo mais pela manhã, acompanhada de palidez, náuseas e tonturas. Ocorre no máximo uma vez por semana. Nunca mais voltou a apresentar disúria. Mãe também tem notado "corrimento" amarelado de odor incaracterístico, neste período.

Hábito intestinal: sem alterações;

Desenvolvimento puberal relatado e observado ao exame: já iniciado com telarca (início do desenvolvimento das mamas) em M2 de Tanner (mamas em fase de botão), pubarca pré adolescente (P1, sem pelugem, segundo o mesmo critério);

Desenvolvimento neuropsicomotor: Apesar das várias interrupções para tratamento de cirurgia plástica, tem tido bom desenvolvimento escolar. Cursa a 3ª série. Tem dificuldade em Matemática. “Não consegue gravar a tabuada”. Segundo a mãe é uma menina alegre. Nunca quer estar só. Relaciona-se bem com crianças de sua idade de ambos os sexos. Relaciona-se bem com adultos e com os familiares. Pratica natação.

Vacinação: completa (SIC);

Alimentação: come bem, embora selecione o que gosta. Quase não aceita comer carne, por exemplo. Prefere arroz, feijão, batata e frango.

Exame físico: Peso: 35 kg., estatura de 137 cm.

Bom estado geral, corada, hidratada, nutrida, anictérica, sem edemas.

Pele com lesões cicatriciais extensas de queimadura, com áreas de fibrose, alguns quelóides e áreas com sinais de retalhos de enxertos bem sucedidos; unhas carcomidas.

Dentição mista em bom estado, boa oclusão dentária;

Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações;

Abdome flácido, discretamente obeso, indolor à palpação, sem sinais de visceromegalias;

Genitais: femininos, não permitiu exame detalhado da vulva.

Hipóteses diagnósticas: 1. Eutrofia; 2. Bom DNPM; 3. Vacinação completa; 4. Seqüela da queimadura; 5. Vulvovaginite inespecífica; 6. Dor abdominal à esclarecer: provável litíase renal á direita?

Conduta: Solicitado exames: urina I, urocultura e protoparasitológicos; prescrito hioscina para as dores e banhos de assento com permanganato de potássio e água vinagrada para tratar a vulvovaginite. Proponho retorno com exames.

Estranho um pouco as atitudes da mãe e da filha com relação às informações sobre o humor de Jéssica. Senti que nem uma nem a outra podiam realmente explicitar seus sentimentos. Algo era impeditivo. Entravava. Algo muito doloroso. Quando pensei a

este respeito, logo associei à queixa física e ao provável diagnóstico: o cálculo entretendo a liberação da urina, a depuração extremamente lenta formando cálculo... Penso que não estou autorizado a expressar estas idéias. Podem ser apenas fantasias minhas... Algo me diz, que algo estranho esta menina e sua mãe vivem. Penso no pai, sua fragilidade e lentidão corporal e de expressão. Penso no irmão e suas seguidas crises de asma.

29 de agosto de 1996.

Expeliu pequeno cálculo na urina há uma semana. Queixou-se de disúria por 2 vezes. De lá para cá, está sem queixas. Chegaram exames:

Urina I: pH 5.0; densidade 1020; turva; sedimento com 5 leucócitos por campo, 1 hemácia por campo e presença de cristais de oxalato de cálcio.

Urocultura: negativa.

Proto (2 amostras): negativas.

Hipótese diagnóstica: Litíase urinária

Conduta: Oriento alimentação com redução de leite e derivados e solicito exames: ecografia abdominal, urografia excretora e uretrocisto miccional.

Programo encaminhamento para Cirurgia pediátrica

14 de outubro de 1996.

Resultado de Ecografia confirmando Litiase renal à esquerda (rim esquerdo com preservação da relação córtico-medular, forma e tamanho normais; presença de imagem ecogênica medindo 0,6 cm, com sombra acústica posterior em terço médio do cálice; sem hidronefrose). É encaminhada à Cirurgia pediátrica para avaliação.

11 de março de 1997.

Encontra-se em acompanhamento pela Cirurgia Plástica e Cirurgia Pediátrica. No dia 15 do próximo mês será submetida a nova cirurgia para implante de cabelos. Já está preocupada. Sempre fica assim perto de uma cirurgia. Já realizou 18 intervenções cirúrgicas.

Continua tímida e com dificuldades para fazer amizades, porém quando se entrosa com alguém fica alegre. Tem tido melhor desempenho na 4ª série, embora tenha um pouco de dificuldade para se concentrar.

Tem reclamado muito de cefaléia, principalmente pela manhã. Melhora sempre que os pais propõe um passeio. Refere que o ambiente fechado provoca cefaléias. Se andar por muito tempo a dor aparece ou piora (principalmente subidas).

Outras queixas: acha que as mamas estão muito grandes para a idade; corrimento vaginal reapareceu, com as mesmas características.

Desenvolvimento puberal relatado: Critérios de Tanner M3 (mamas já formadas, porém sem contornos definidos de aréola e mamilo) e P2 (pêlos finos e longos, pouco pigmentados, sobre o púbis).

Exame físico: Peso: 40kg, 145 cm; Só permitiu o exame geral e o exame das mamas. Identifico bom estado geral, ativa, eupneica, sem edemas, humor triste; mamas com deformidades secundárias às seqüelas das queimaduras.

Sinto tristeza ao ver seu corpo com tantas cicatrizes. Percebo no olhar da mãe que ela teme minhas reações emocionais. Pede com o olhar para que eu me controle. Tento ao máximo não expressar o que estou sentindo, mas estou comovido e por mais que queira não é possível esconder a comoção. Percebo que a tensão é intensa e que foi impossível deixar de vibrar um pouco de minha tristeza. Dirijo-me à mesa e passo a fazer as anotações de exame e as descritas abaixo, tentando não olhar para elas. Sinto dificuldade em comunicar o que estou pensando. Nem mesmo a anotação do prontuário pode refletir esta carga de sentimentos.

Diagnósticos: 1. Dificuldades emocionais; 2. Dificuldades com o corpo; 3. Puberdade; 4. Seqüelas de queimaduras; 5. Cefaléias recorrentes; 6. Vulvovaginite inespecífica; 7. Litíase urinária.

Decido que não é possível deixar passar em branco o que senti. Peço para ficar um pouco a sós com Luz. Pergunto a ela o que realmente sente a respeito de Jéssica.

Luz continua com seu sorriso, porém com mais esforço para mantê-lo e diz que sente que a filha precisa de ajuda para lidar com suas dores. Volta a falar a respeito do sofrimento que antecede às cirurgias. Percebo que Luz tem muita dificuldade para entrar em contato com o sofrimento dela e o da filha. Proponho mais uma vez entrar em contato com a psicóloga do serviço. Luz diz que já tentou um atendimento e a filha não quis retornar. Pergunto se ela acha que eu poderia ajudar me aproximando e criando vínculos com ela. Diz que poderíamos tentar. Marco retorno para a semana seguinte.

18 de março de 1997.

Luz retorna, sem Jéssica, para dizer que ela não aceitou a idéia de vir para falar um pouco mais sobre ela.

Luz acha que ela tem dificuldades com o corpo, mas acha que o pior já passou. Acredita que Jéssica, como todos da família, já aceitaram bem o problema e que estão tentando superá-lo com medidas concretas, "O que ela precisa neste momento são as cirurgias". Quem sabe depois aceite falar de si e de suas emoções. Percebo que está muito difícil para Luz entrar em contato com seu sofrimento. Chego a perguntar se ela não gostaria de falar sobre isto. O sorriso tentando apagar as marcas parece ter se estruturado demais e não há nada a fazer.

Minha emoção central é de frustração, aquela que se sente quando se empenha demais em determinada tarefa ou idéia e ela não vinga. Continuo com a certeza da necessidade de ajuda a esta família, em especial à Jéssica e sua mãe. O pai também me parece deprimido, porém nem isto é admitido. Sinto também que estou sendo insistente e até mesmo onipotente, mas não consigo deixar de vê-los assim.

Em outros atendimentos de Luiz vou, indiretamente, acompanhando Jéssica, pelo menos com o olhar...

Medo

O medo (*Metus*) é uma tristeza instável nascida da idéia de uma coisa futura ou passada, do resultado da qual duvidamos numa certa medida.

(ESPINOSA, Baruch, 1677, p. 214)

O temor (*Timor*) é o desejo de evitar, por um menor, um mal maior que tememos.

(ESPINOSA, Baruch, 1677, p. 219)

Firmino Filho

06 de maio de 1997.

É minha primeira semana de trabalho no Centro de Saúde C. Conheço muito pouco as pessoas que trabalham aqui. Algumas me são simpáticas. Com outras não consigo ultrapassar o limite da indiferença. Algumas causam-me o sentimento de que devo manter-me afastado. Causam-me um certo medo. Os pacientes, que até o momento atendi, transmitem-me a idéia de que se trata de uma outra demanda, quando comparado ao Centro de Saúde A, do qual estou vindo. Tal demanda também tem que ser sentida melhor. Já percebo uma primeira subdivisão da mesma: uma demanda muito pobre, que vêm de regiões de extrema pobreza (favelas periféricas), outra demanda que vêm da zona rural, também em sua maioria empobrecida, porém com outros valores com relação ao primeiro grupo e, ainda uma demanda, muito forte e presente de moradores da área urbana com valores de classe média, porém dependentes do Serviço Público. Estes dois últimos grupos trazem um elemento comum: são na grande maioria descendentes da colônia italiana, que deu origem aos bairros da região.

Aparecida e Firmino Filho aparentam ser do primeiro grupo. Estão na sala de observação, sala para onde são encaminhados pacientes que necessitam um atendimento mais próximo do que podemos considerar urgente, ou seja, pacientes que chegam em estado geral comprometido. Aparecida está angustiada e ansiosa. Diz que algo muito grave está ocorrendo com o filho. Há 3 horas caiu e não voltou a se levantar. Tem certeza de que ele não voltará mais a andar. Está com mais dificuldade para comunicar-se, embora nunca tenha se comunicado bem. Encontra-se com diarreia há um dia, mais de 10 evacuações diárias e alguns episódios de vômitos. Falta-lhe apetite e sente muita sede.

Olho para o rosto de Firmino e vejo um jovem de aparência envelhecida, faces rubra, levemente desidratado, porém com um sorriso constante, indicando desejo de comunicação, que é muito difícil de se estabelecer. Percebo sua dificuldade para se expressar. Não aparenta dor e também não apresentou até o momento nenhuma perda de consciência ou convulsão. Apresenta boa perfusão periférica, pulso cheio, frequência cardíaca de 100 batimentos por minuto, boa expansibilidade respiratória, sem alterações na ausculta dos pulmões. Do ponto de vista neurológico aparenta contato razoável, não compreende minhas solicitações, responde à dor, movimenta-se pouco, o tônus muscular é normal. Não há deficiências motoras assimétricas. Suspeito de parestesia bilateral de membros, sem sinais de liberação piramidal. Os reflexos ósteo-tendinosos são globalmente hiporreativos. Tenho dificuldade para compreender a ansiedade da mãe e sua angústia com a possibilidade de que ele não volte mais a andar. Parece que ela estava esperando que algum dia esta situação iria ocorrer. Iria viver o que está vivendo aqui, neste instante.

Aparecida é muito simples para expressar-se. Percebo que está com uma certa raiva de minha atuação. Deseja uma ação rápida e mais eficiente. Reclama sem conseguir me encarar. Creio que não se identificou com minha aparência e atuação como médico. Para tentar atender sua angústia, que agora é minha também diante da perplexidade do que estava ocorrendo e diante minha incompreensão da incongruência dos fatos, decido, iluminadamente, atuar como se tratasse de um jovem portador de deficiências de origem neurológica, com algum distúrbio metabólico. Mobilizo a atuação

da enfermagem para que instalem um soro de reposição hidroeletrólítica, colem amostra de sangue para teste de triagem do nível glicêmico, e, realizem aferição de pressão arterial. A prova de triagem glicêmica mostra-se dentro da normalidade. Consigo acessar o prontuário de Firmino Filho, onde observo que já fora atendido na unidade cerca de cinco vezes, nos dois anos em que se encontra matriculado no CS. Quase sempre com diagnósticos de deficiência mental, seqüela de paralisia cerebral, Síndrome convulsiva controlada, asma brônquica e dois episódios de sinusite. Pelas anotações pude perceber que sempre fora atendido em situações de consulta não agendada e sempre por um médico diferente. As anotações são escassas com relação sintomas e exame físico. Não há anotação médica de antecedentes pessoais e familiares.

A difícil avaliação do estado de consciência de Firmino mais a angústia de Aparecida causam-me grande desconforto e necessidade de encaminhá-lo para observação em espaço mais seguro e por tempo mais prolongado. Sinto também o desejo de "livrar-me" dele. A insegurança com relação ao seu estado mistura-se com a incerteza de sua evolução, a angústia da mãe pressentindo algo de ruim e a aparente estabilidade de seu olhar e de seu sorriso. Desta mistura, me percebo em um sentimento de segurança de que tudo irá acabar bem.

13 de maio de 1997.

Aparecida retorna sem Firmino para buscar uma receita de fenobarbital que ele recebe há pelo menos 6 anos, quando começou a apresentar crises convulsivas generalizadas com muita frequência. Aguardou cerca de 2 horas para conseguir entrar em meu consultório com este pedido. Percebo que há outro desejo de comunicação que se subentende em seu olhar. Está séria, expressando um ar de raiva, desconfiança e de cumprimento de um dever que considera justo. Precisa me dizer o que aconteceu com Firmino. Tem que justificar a angústia e os pressentimentos da semana passada e, ao mesmo tempo, apontar de certa forma uma incompetência de minha parte.

Conta que ao chegar ao Hospital para onde o encaminhei, foi atendido por um médico que rapidamente diagnosticou um “derrame” (sic), o que o deixará para sempre sem condições para andar, como ela já antevia. Não traz consigo nenhuma contra-referência deste atendimento. Firmino e a mãe passaram a noite toda em observação no Pronto Socorro, recebendo alta na manhã seguinte. Tento explicar a ela, que o exame neurológico realizado no Centro de Saúde não me permitia tal hipótese. Pergunto a respeito dos possíveis encaminhamentos realizados pela equipe do Pronto Socorro e não encontro nenhuma resposta. Faço a receita do fenobarbital na mesma dose que vinha recebendo e o encaminho para consulta com Neurologista de referência do Centro de Saúde.

27de maio de 1997.

Aparecida retorna com Firmino. Traz consigo o rapaz num carrinho de madeira improvisado, semelhante a uma carriola, que catadores de lixo utilizam na cidade. Andaram cerca de 3 km. Fico surpreso com a precariedade. A enfermeira do Centro de Saúde, também impressionada com a precariedade do transporte, inicia, imediatamente, contatos com entidade assistencial para conseguir uma cadeira de rodas para Firmino. Coloca à disposição a viatura do Centro de Saúde para o momento de outros retornos. Hoje, está com um pouco de tosse. Diagnostico um Resfriado Comum. Olho para Firmino e não consigo deixar de sentir o medo de perdê-lo. Seu olhar e seu sorriso são penetrantes. Parece-me que há certa perspicácia. Felizmente, seu sorriso, de certa forma, me alivia do medo.

Deste dia em diante, sempre que posso tenho o prazer de atendê-lo em seu domicílio. Aparecida sabe que pode contar comigo. Não lhes faltarei sempre que assim eu puder fazê-lo. Defino tal esta estratégia de ações para compensar o medo em que estive envolvido ao atendê-lo naquele primeiro dia. Medo do não saber o que fazer.

Raiva e remorso

Seja, então, a cólera o desejo, acompanhado de tristeza, de vingar-se ostensivamente de um manifesto desprezo por algo que diz respeito a determinada pessoa ou a algum dos seus, quando este desprezo não é merecido.

(ARISTÓTELES, 2000, p. 7)

O remorso (*Conscientiae morsus*) é a tristeza acompanhada da idéia de uma coisa passada acontecida inesperadamente.

(ESPINOSA, Baruch, 1677, p. 215)

O Natal de 1996

23 de dezembro de 1996.

Faltam menos de 10 minutos para o dia de trabalho acabar e para que eu me sinta em clima de Natal. A tarde foi bastante cheia de trabalho e estou feliz por estar atendendo o último paciente do dia. Durante seu exame físico, a porta do consultório é aberta e uma mulher coloca seu rosto angustiado, dizendo que precisa que eu atenda seu filho que está com febre. Movido pelo incômodo de ser interrompido bem no momento de quase terminar mais um dia de trabalho, peço a ela que volte à recepção e veja se será possível. Diz que já passou por lá e lhe disseram que não. Peço, então, que ela solicite que alguém venha falar comigo.

Estou prescrevendo a criança que atendia, quando chega Anita, uma senhora auxiliar de enfermagem com quem tenho uma relação de grande respeito. Pergunta-me se irei atender a senhora, que está muito irritada com o ir e vir, sem nenhuma decisão. Respondo que sim e peço para que a recepção não deixe mais acontecer situações como esta de interrupção de consulta. Percebo que Anita também sai um pouco irritada.

Termino a consulta e saio até a cozinha para beber um copo de água e logo retornar para atender a criança febril. Quando lá chego encontro Anita que se aproxima e me diz que eu não deveria ter aceito atender esta senhora “tão mau educada”. Diz que só me contaria o que ocorrera na recepção, porque eu não merecia tal tratamento. A mãe da criança disse no balcão que ela só queria ver se este médico *filho da puta*, não iria atendê-la. Senti minha pele esquentar. Voltei ao consultório com os músculos tremendo. Era raiva que corria em meu corpo...

Realizei o atendimento com a maior objetividade possível. Tratei de realizar uma história muito objetiva, sem oferecer espaços para outras conversas. A senhora me olhava atenta, principalmente no momento do exame físico, provavelmente com receio de que minha dureza fosse transferida à criança. Consegui me conter. Realizei um exame bem detalhado e encontrei o motivo para a febre: era uma otite média no ouvido direito.

Voltei a escrivaninha e iniciei a prescrição do antibiótico, com firmeza. Neste momento sinto uma provocação. A mãe se dirige ao filho e comenta: o médico é bravo! Mal consigo entregar o receituário, tremulamente e lhe respondo que não sou bravo e que estou bravo pelo seu comentário lá fora me chamando de filho da puta. A mulher solta o filho no chão e passa a me agredir com palavras. Diz que eu acreditei na “bruxa” da recepção, que meu serviço havia sido uma porcaria, que ela não precisa ser atendida num postinho como aquele. Rasga minha receita em pedacinhos, atira sobre mim e sai da sala gritando pelos corredores.

Não consigo mover-me da cadeira. São necessários alguns minutos para que eu possa recobrar uma certa calma. Percebo que a emoção e a paixão que me deixei levar não contribuíram para nada. A criança saiu sem o medicamento. A mulher entrou e saiu

com o mesmo preconceito de que o atendimento em Centro de Saúde é de má qualidade. Anita se deu por conta de sua provocação e fica mal. E eu sentindo-me acabado, por ter me distanciado tanto do que acredito, por ter saído de minha atuação profissional, passarei o Natal de 1996 impregnado desta emoção negativa.

Fernando,

Esta situação é um exemplo do que muito ocorre nos centros de Saúde. É uma situação muito complexa e que revela o quanto dos bastidores de um serviço pode carregar de preconceito e de ações que mais aumentam o preconceito dos usuários e pouco fazem para superá-los.

(Interlocutora Educadora)

Vazios

[...] O vazio é cheio de compaixão.

(VARELA, Francisco José, 1992, p. 71)

A comiseração (Commiseratio) é a tristeza acompanhada da idéia de um mal acontecido a um outro que imaginamos semelhante a nós.

(ESPINOSA, Baruch, 1677, p. 215)

Irineu

5 de julho de 1999.

Segunda feira. O Ambulatório do Centro de Saúde B está lotado. Sinto pressão no ar. As pessoas parecem tensas. Poucas respondem bom dia. O setor de coleta está abarrotado de gente. Enfim, consigo chegar à Sala onde fazemos supervisão dos

atendimentos dos alunos e residentes. Cerca de meia hora depois, entra uma das pediatras do serviço e me pergunta se estou sabendo do que acontecera com Irineu. Por sua expressão facial já fiquei sabendo que havia morrido. Imediatamente, senti-me culpado. Havia tempo que não retornava para controlar seu Diabetes. Lembrei-me do último encontro. Um encontro casual no estacionamento da Universidade. Tinha o pulso machucado e aguardava consulta no Ortopedista, pois há um mês esmurrara uma porta de vidro. A mãe pediu-me para dar um conselho a Irineu, que ele voltasse ao Centro de Saúde para fazer exames de controle. Fixo esta imagem de seu sorriso de despedida, prometendo voltar. Sinto seu cabelo liso em minhas mãos, última lembrança do toque que não poderei mais dar em sua cabeça. Vazio. Meu pescoço inicia um choro contido, que se expressa através de um olhar de perplexidade. Retomo a atenção à fala da pediatra: Irineu havia falecido, aos 16 anos, num acidente de motocicleta. Estava na garupa de um amigo que também morreria. Mãe e avó estão desconsoladas.

Lembro-me, em seguida, da primeira vez que os conheci. Irineu tinha 8 meses de vida e entrara na enfermaria de Pediatria em coma diabético. Mãe e avó estavam em extremo grau de ansiedade. Toda a equipe se mobilizou no atendimento e logo ele estava sendo hidratado, recebendo soro e insulina. As duas pareciam pressentir o risco de morte. Eu era quinto-anista em Medicina e fixei aquele desespero para sempre. Mais tarde, já como médico residente, o reencontrei no Ambulatório de Endocrinologia, e fiquei feliz ao vê-lo bem, crescendo como qualquer garoto de sua idade. Reencontrei-os, novamente, cerca de 5 anos depois, já quando trabalhava neste Centro de Saúde. A mãe não se lembrava de mim. Eu jamais havia me esquecido dela. Passou a ser nosso paciente (meu e desta pediatra). Sempre nos lembrávamos dele e não nos permitíamos que ele ficasse muito tempo sem voltar. Até a adolescência, nunca tivemos problemas. A partir daí, começou a não se aplicar insulina regularmente. Vinha ao ambulatório contando sua dificuldade, prometia regularizar o uso e sorria. Passou a demonstrar desinteresse por sua doença. Aparentava um fastio misturado a um ar de terror por ter que colher mais exames. Nunca aderiu a grupos ou a psicoterapia. Anunciava seu desejo de morte sutilmente. Faltou acreditar no sutil. Não sei se minha falta de perspicácia no agir não foi também sua comparsa. Sinto seu sorriso, jamais o esquecerei. Me preenche o vazio.

Pedro Mariano

19 de abril de 2001

Pedro, de quase 18 anos, retorna para reavaliação clínica de seu problema de saúde. Digo problema, pois não considero doença sua síndrome já há 3 anos diagnosticada. *Síndrome de Kallmann*, caracterizada principalmente por déficit ou ausência de olfato (anosmia) e atraso no desenvolvimento puberal com ou sem outras anormalidades tais como criptorquia (testículos que não se fixaram na bolsa escrotal e que se acham permanentemente fora do escroto), surdez congênita, epilepsia, anomalias renais, lábio leporino ou outros defeitos de linha média da face. Trata-se de um problema genético, recorrente em famílias cuja transmissão ainda é discutível, com a tendência a associá-la à uma herança genética ligada ao cromossomo X, especificamente Xp22.3. Tal defeito produz insuficiência específica na produção de hormônios hipotalâmicos responsáveis pela estimulação dos testículos, tanto para produção de hormônios que produzirão as características sexuais próprias da puberdade e adolescência (pêlos, barba, crescimento da massa muscular, crescimento dos testículos e genitais, etc.), bem como produz o não desenvolvimento (agenesia) dos lobos olfativos do cérebro, responsável pela anosmia.

Felizmente, o diagnóstico do problema vivido por Pedro foi precoce e vem sendo adequadamente tratado com hormônio masculino (testosterona de uso mensal) o que possibilitou não só o crescimento físico correspondente a seu potencial genético como o desenvolvimento das características sexuais secundárias (pelos, barba, genitais, e um pouco menos os testículos). Venho atendendo este rapaz mensalmente, no Ambulatório de Adolescentes há 5 meses. Tem nos (a mim e à equipe) preocupado seus sintomas de sonolência excessiva, principalmente em datas comemorativas como aniversário e festas de final de ano. Chegou a dormir quase 60 horas na última passagem de ano. Chegamos a pensar num possível componente ou equivalente epileptiforme que poderia fazer parte da síndrome, ou, o que é mais provável, um comportamento depressivo, reativo às dificuldades decorrentes de seus problemas.

Aos poucos, fomos estabelecendo uma relação de confiança e, assim, passei a sentir a presença cada vez mais importante de suas dúvidas a respeito da sexualidade e da possibilidade de vir ou não ter filhos. Mesmo sabendo diante mão que a possibilidade de uma espermatogenese (produção de espermatozoides) na vida adulta seja muito pequena, Pedro Mariano não se cansa de trazer esta preocupação. Neste dia, percebi que estava precisando criar um espaço para que pudesse expressar melhor suas angústias. Pedi para que fizesse o desenho da mão e dos desejos a serem alcançados.

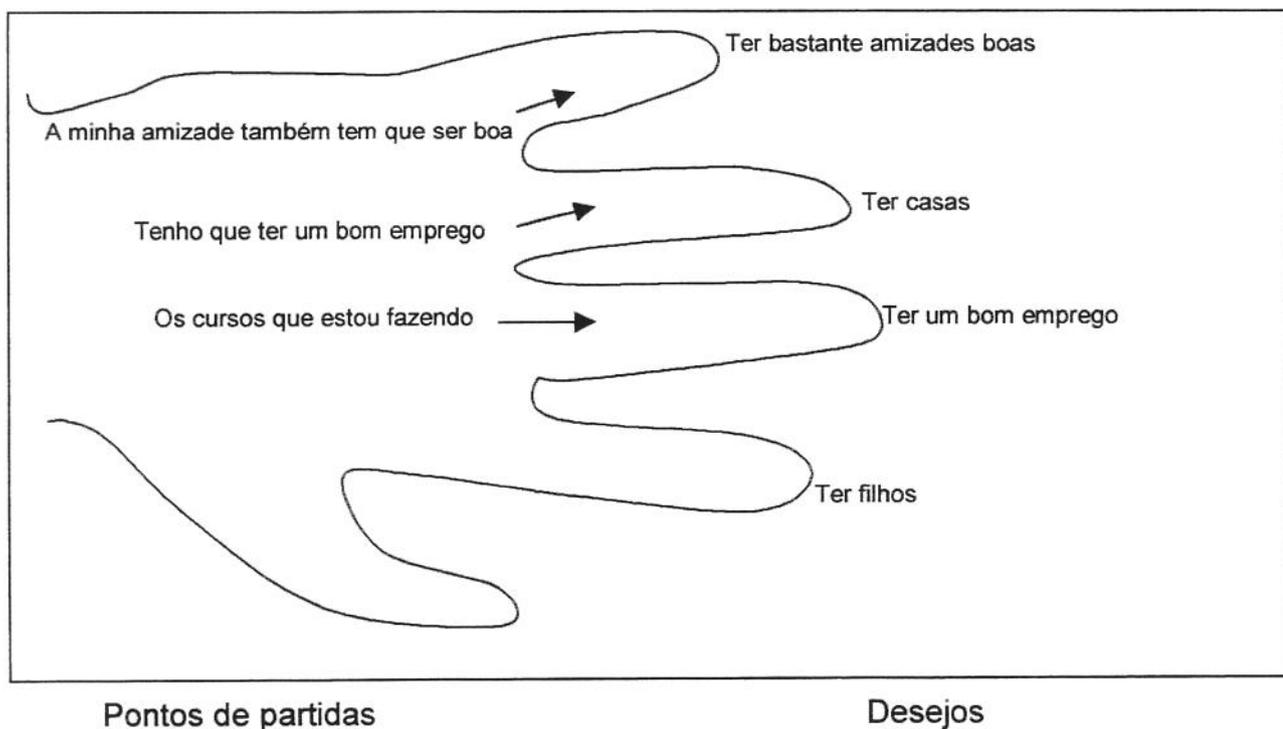


Figura 31: *Desejos de Pedro Mariano*

Começou por expressar os desejos do dedo mínimo para o polegar. Começou pelos amigos. No momento de expressar os pontos de partida que identifica como o que já tem para alcançar os desejos, não conseguiu escrever nada a respeito de seus principais desejos, que sem dúvida emergem de seus principais carecimentos: a possibilidade de ter filhos e a possibilidade de se casar. Pude sentir a intensidade destes

dois vazios ao vê-lo erguer os olhos do papel e me fitar com um sorriso trêmulo. Pedi para que tentasse expressar o que estava entendendo a respeito de seus problemas de saúde. Pôde então expor suas dúvidas com relação à fertilidade e suas confusões a respeito da capacidade de se relacionar sexualmente. Mesmo elaborando as diferenças, a impossibilidade de ter filhos lhe promove um sentimento de *impotência*, no sentido de que esta necessidade implica em algo que fica faltando, que não pode ser oferecido a uma futura companheira. Pedi para que se acalmasse por ora e refletisse a respeito da real importância dessa impossibilidade. Marcamos retorno para 15 dias.

3 de maio de 2001.

Neste dia, o ambulatório esteve com mais pacientes que o normal. Pedro Mariano teve que aguardar cerca de hora e meia em sala de espera. Antes dele atendi um outro rapaz com a mesma idade que trazia como problemas a necessidade de orientação quanto à anticoncepcionais e uso de preservativos. Sair deste atendimento para atender uma situação oposta, me provocou uma certa perplexidade diante das diferentes possibilidades de se viver a vida e quanto as diferentes possibilidades corporais também são determinantes. Estava lidando com questões fundamentais do domínio interno da subjetividade na esfera *Conatus* destes pacientes, e tinha, então que realizar um grande esforço para articular bem minhas esferas *Logos* e *Pathos* para encontrar em meu *Êthos* a atuação mais adequada.

Felizmente, apesar da espera, Pedro estava bem. Foi muito atencioso a minhas desculpas pelo atraso e foi logo contando a respeito de uma possível namorada. Voltamos a falar sobre as possibilidades de relações entre jovens, nas questões da sedução e do orgasmo. Consegui no momento do exame físico, fazer uma pergunta a respeito do que eu achava com relação ao tamanho de seu pênis. Respondi que, aparentemente, tinha o tamanho adequado para sua idade e retornei a pergunta a ele mesmo, acrescentando se sua dúvida tinha a ver com o tamanho do mesmo em ereção. Tinha a medida na ponta da língua, pronta para que eu a avaliasse. Pudemos discutir a respeito da importância muito relativa desta questão com relação a atividade sexual e a

possibilidades de excitação, do prazer e do orgasmo para as duas partes em relação. Senti que ficou muito contente de poder discutir estas questões e principalmente por não se sentir abaixo da média estatística esperada dos brasileiros.

No final da consulta percebi que havia mais uma dúvida que o impossibilitava levantar da cadeira. Perguntei o que queria. Respondeu que era saber o que eu achava a respeito da possibilidade dele poder gerar um filho. Não consegui ser fiel às estatísticas, assim como não consegui alimentar fortes esperanças. Voltei a falar rapidamente de seu problema e decidi solicitar um espermograma (contagem de espermatozoides e avaliação de sua viabilidade), marcando um retorno para 4 semanas.

31 de maio de 2001.

Chego ao ambulatório ansioso para saber do resultado do exame de Pedro Mariano. Sua mãe me procura no corredor para me entregar os resultados de exames hormonais realizados em seu município. Está ansiosa com o resultado do exame, que já sabem, encontra-se no prontuário. Vejo o resultado. Zero espermatozoides. Sinto uma falsa surpresa, que já era anunciada. Decido só revelar o resultado a ele. A mãe compreende. Pedro Mariano chora muito quando lhe apresento o resultado do exame. Já intuía que seria negativo. Diz apenas que o que doía mesmo era o zero. Total desesperança. Senti que qualquer tentativa de encontrar outras possibilidade de tornar-se pai não faziam sentido neste momento. Tinha apenas que sustentar sua dor e ficar ali a sua frente. Não consegui deixá-lo em total desesperança. Disse que este era apenas um momento de sua história e que teríamos que discutir melhor com outros especialistas. Solicitei uma avaliação ao endocrinologista e ao urologista para que nos auxiliassem na condução do paciente.

28 de junho de 2001.

Pedro retorna e encontra-se bem. Está quase namorando. Já saiu algumas vezes com ela. Aguarda atendimento urológico. Embora tenha clareza de sua situação. Sente que de alguma maneira conseguirá ser pai. Já elabora a possibilidade de adotar uma

criança, mas acha que alguma coisa irá acontecer. Está preocupado com seu peso e pensa em emagrecer.

Angustia

Em tal estado [a inocência], existe calma e descanso; porém existe ao mesmo tempo outra coisa que, entretanto, não é perturbação nem luta, porque não existe nada contra o que lutar. O que existe então? Nada. Que efeito produz, porém, este nada? Este nada dá nascimento à angustia.”

(KIERKEGAARD, Soren, 1968, p. 45)

Isabela

8 de junho de 1998.

Meu primeiro contato com Isabela foi através da supervisão do atendimento realizado por uma médica residente em pediatria, que a atendia pela primeira vez. Este atendimento fora previamente agendado pela psicóloga do Centro de Saúde A, que era conhecida do pai de Isabela. A proposta da psicóloga era de um atendimento conjunto, tendo a pediatria como referência, pois ela supunha que as queixas aparentemente físicas de Isabela poderiam estar fortemente determinadas por seu estado emocional e momento afetivo. Neste atendimento o pai esteve presente e foi responsável por boa parte das informações.

Síntese das anotações deste atendimento:

Isabela, 13 anos e 10 meses

Queixas: ausência de primeira menstruação e corrimento.

Pai conta que Isabela “sempre foi mirradinha”. Chegou a realizar investigação clínica e laboratorial há alguns anos. Nesta ocasião foi diagnosticado um atraso na idade óssea e alguma suspeita de alteração hormonal, em município próximo da região onde moravam (litoral do estado do Rio de Janeiro). O pai está preocupado porque ela ainda não menstruou.

Pai conta também que há quase 3 anos ela queixa-se de “corrimento” amarelado e com pouco cheiro, observado na roupa a cada dois dias. Pai diz que tudo começou após ela ter usado biquini de outra menina. Por mais que tente tratar, nunca chega a melhorar.

Hábitos intestinal e urinários sem alterações.

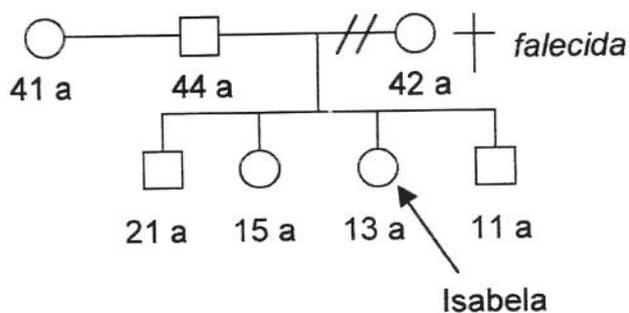
Antecedentes: - Gestacionais: mãe era etilista e fez uso de Optalidon (propíterazona + cafeína) em grande quantidade. Fez pré-natal, parto normal, termo, sem sofrimento fetal;

- Nutricionais: desmame precoce (aos 20 dias de vida); sempre se alimentou relativamente bem; atualmente come de tudo, sem intolerâncias ou alergias; dia alimentar com dieta equilibrada e adequada à idade;

- Mórbitos: nada significativo ou recorrente;

- Familiares: apenas etilismo materno;

- Heredograma:



Desenvolvimento neuro-psicomotor: estuda na 7ª série e nunca repetiu de ano escolar; tem aproveitamento regular; toca prato na fanfarra da escola e freqüenta grupo de jovens e de teatro; eventualmente trabalha como babá;

Dinâmica familiar: vive com o pai, madrasta e dois irmãos em uma casa de periferia em Campinas. Os pais são separados há 8 anos. Veio morar com o pai há 2 anos quando este veio para Campinas. Vivia com a avó em uma pequena cidade do litoral fluminense. A mãe era etilista, vivia em Niterói e faleceu (de causa indeterminada há 2 meses). Isabela ficou mais de um ano sem vê-la. No final do ano passado, passou 1 mês com a mãe, que faleceu em março deste ano. A relação de Isabela e irmãos com a madrasta é muito boa.

Sócio-econômico: o pai é projetista e está desempregado; a madrasta é editora; renda familiar R\$ 1400,00.

Exame físico: Peso: 35 Kg; Estatura: 148 cm; Freq. Cardíaca: 68 b.p.m.; Freq. Respiratória: 18 m.p.m; Pressão arterial: 116 x 75 mmHg

Bom estado geral, corada, hidratada, ativa, eupneica, sem edemas, sem adenomegalias.

Pele ressecada com descamações pouco intensas em membros inferiores;

Oto e oroscopia sem alterações;

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; abdome e genitais sem alterações; não visualizado corrimentos;

Desenvolvimento puberal: mamas em estadio M3 e pelos pubianos no estadio P4.

Foram realizados os seguintes diagnósticos: 1. Adolescente eutrófica, com peso e estatura entre os percentis 2,5 e 10, não podendo ser caracterizada como de baixa estatura, porém como adolescente pequena com peso e estatura proporcionados, indicando maturação lenta e/ou biotipo constitucional pequeno; 2. Bom desenvolvimento neuro psicomotor, com dificuldades emocionais (perda recente da mãe, história de adição alcoólica na família); 3. Imunização adequada para a idade; 4. Vulvovaginite inespecífica.

Senti pouca possibilidade de expressão de Isabela neste atendimento. Ateve-se a sorrir e a falar alguma coisa apenas quando era solicitada para que confirmasse o que o pai apresentava como queixas. A relação dos dois com a médica residente foi muito boa, porém senti que a segurança maior ocorreu quando entrei para supervisionar o atendimento e me apresentei à eles. Creio que estavam com a expectativa de serem atendidos diretamente por mim ou de me conhecerem. Percebi que já deviam ter alguma informação ao meu respeito ou a minha forma de trabalhar. Senti que o pai identificou-se de alguma forma comigo e eu com ele. Creio que no jeito de ser, alguma afinidade com relação ao modo de ver e fazer andar a vida, o que, creio, facilitou um pouco a relação com Isabela. Tal afinidade foi percebida através de uma comunicação não verbal, mas de leitura corporal, de gestos, olhares, observação de sinais identificadores, tais como vestimentas, modo de se apresentar, de se cumprimentar, etc..

Realizou-se, então, uma série de orientações com relação a queixa de baixa estatura e com relação à vulvovaginite. Quanto às dificuldades emocionais, decidimos abordá-las no próximo retorno. Solicitou-se exames: hemograma completo e protoparasitológico de fezes em 3 amostras.

Falta ao retorno programado em 2 semanas. Retorna com os resultados de exames (hemograma sem alterações, protoparasitológico (apenas uma amostra) negativo), num dia em que não estava agendada. Neste dia, houve mudança de residentes. O novo médico residente que a atende tem dificuldades em abordar sua dinâmica familiar. Não pudemos contar com a supervisão da psicóloga da unidade, pois não esperávamos o atendimento para aquele dia. Pude notar que Isabela estava mais presente como sujeito. Veio só. Estava disposta a conversar, porém o contexto não permitia. Propus um retorno na semana seguinte.

Retornou num contexto melhor, embora o médico residente continuasse resistente em abordar as dificuldades emocionais. Não se sentia competente para isto, embora estivéssemos (eu e a psicóloga) nos dispondo a supervisioná-lo. Creio que, na verdade tentava expressar que este tipo de abordagem não seria da competência do pediatra. Tinha dificuldade em dizer isto a mim, conhecendo minhas convicções a este respeito. Propus quase que um desafio a ele: que a atendesse da forma que julgasse necessário e que lhe pedisse um desenho da família ao final e a partir deste instante eu participaria do atendimento. Aceita o desafio.

Neste dia, Isabela retorna referindo manter o mesmo quadro de vulvovaginite que melhorara muito pouco. O residente, felizmente, decidiu não examiná-la neste dia. Perguntou rapidamente sobre sua família e propôs o desenho, logo me chamando para acompanhá-lo. Quando entrei no consultório, Isabela já estava desenhando. Rapidamente a cumprimentei e perguntei sobre seu pai como se já fôssemos amigos. Perguntei se poderíamos acompanhá-la enquanto fazia o desenho. Senti um discreto constrangimento de quem não sabe bem ao que está ocorrendo. Porém, na medida em que desenhava e que conversávamos a respeito do desenho, foi se descontraindo. O residente limitou-se a observação e a poucos comentários a respeito do que falávamos. A seqüência de aparecimento das figuras familiares foi a seguinte: Lucas, o irmão de 11

anos; Talita, a irmã de 15 anos; ela (Isabela), o pai (Jorge), a madrasta (Divina) e o irmão Rafael. Tomou por base, ou o chão do desenho, uma das margens da folha. Todas as figuras expressavam o realismo intelectual de Isabela. Os detalhes das roupas, penteados e esforço com relação a proporcionalidade dos tamanhos das figuras revelavam suas preocupações com o rigor das informações que nos trazia.

Fernando,
Isabela parece colocar-se pouco no presente. Traz muito presente no seu discurso o passado... Observe seu isolamento... Cada qual no seu buraco..” (Interlocutora psicóloga)

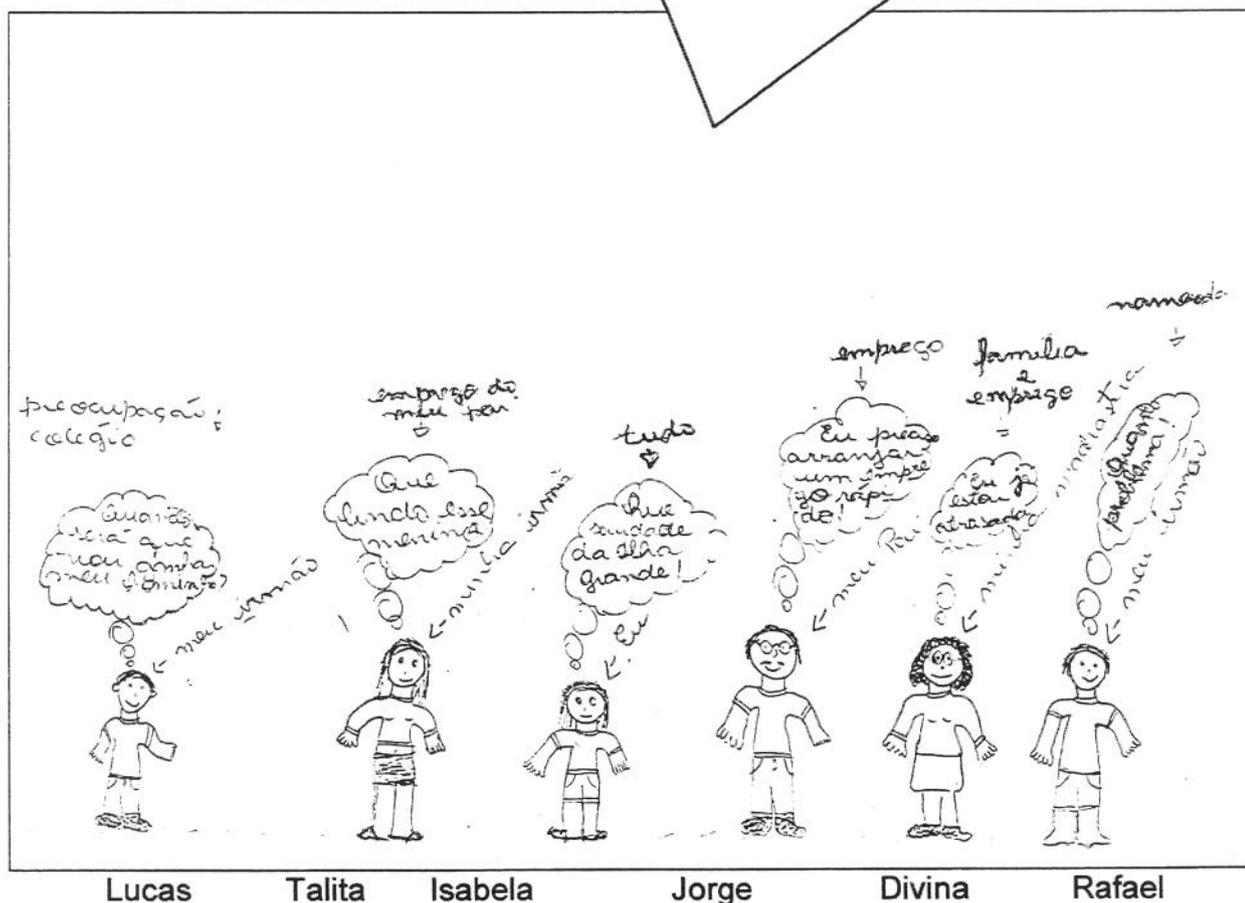


Figura 32: Desenho da família de Isabela

Ao terminar o desenho, pedi para que escrevesse um pensamento para cada um dos familiares. Apareceram principalmente pensamentos relacionados a desejos ou carecimentos. Pedi também para que escrevesse uma preocupação importante para cada um. Todos tinham uma, ou no máximo duas, preocupações. Ela tinha uma preocupação alarmante: tudo. No pensamento de Isabela emergiu a falta (saudades) que sente de sua cidade. Falou um pouco das imagens que com frequência recupera em sua memória. As amigas, a praia, as professoras, familiares... um amigo, que provavelmente, pela distância, já deve estar esquecendo dela (este amigo dizia que queria casar-se com ela um dia). Lembrou-se também da mãe. Chorou. Lembrou-se da avó paterna que também morreu recentemente, de câncer. Decide contar um sonho que tivera pouco antes delas morrerem: sonhara que as duas (mãe e avó) caíam numa grande máquina de lavar roupas. Em seguida fala da morte inesperada da mãe e comenta: “ Nem deu tempo para ela nos falar como era esta coisa de menstruação”... Senti o peso desta falta, deste desaparecimento do ser amado que mesmo que distante existia. Era alvo de expectativas, alguém que poderia algum dia voltar a ser mãe e oferecer algum apoio em horas como esta: hora de amadurecer. Minhas costas sentiram este peso. Saí do consultório carregando quilos... Mas senti que o atendimento havia sido valioso para todos. O residente também.

Além do diagnóstico e do reconhecimento, o que foi feito para fazer a diferença?... Apesar do peso, ficou a satisfação... Que clínica é essa que propicia ou possibilita a expressão da emoção? É clínica médica? Ou expressar emoção não é doença... não é da competência do médico?...Tente explicar um pouco mais isto! (Interlocutora psicóloga)

Apesar de sentir peso, sentimos satisfação como sujeitos, como médicos nos permitindo expressão de subjetividade... Volta-me a idéia central da missão que atribuo ao médico: *propiciar relações de ajuda* que fortaleçam o *Conatus* de quem lhe procura... Fazer parte da rede de apoio do outro... O algo mais que fez a diferença foi a inclusão de uma escuta que os médicos em geral, ou melhor, o discurso médico, aquele instituído da

Medicina, ainda não reconhece como possibilidade tecnológica. O que se propõe, aqui, é o que se chama clínica ampliada... Clínica de sujeitos para sujeitos...

Isabela retorna em uma semana, conforme havíamos pedido. Aparentava estar melhor, embora estivéssemos atentos para a possibilidade de que estivesse deprimida. A queixa da leucorréia continuava na mesma. Apresentara discreta melhora com os banhos de assento propostos nas consultas anteriores, porém voltava logo a reaparecer. Não entendera que mesmo melhorando deveria mantê-los até completar 7 dias de tratamento. Propusemos um desenho diferente, porém ainda relativo à família: o desenho de um animal que representasse o temperamento de cada um de seus familiares²³.

Escolheu: cadela para Divina, porque ela ama cachorros e porque é *“delicada, chora facilmente e porque é um pouco preguiçosa”*; para o pai escolheu peixe de mar, pois *“ele adora o mar, adora nadar, tem um pouco de tubarão e, também, de peixe pequeno”*; Lucas é como *“um passarinho, vive voando, na lua, poderá tornar-se um falcão ou até uma águia, é forte”*; Talita é macaco, *“como um ex-namorado que ela gostou muito, é alegre, sapeca, adora sair para ir dançar, tem um pouco de formiga, mas não seria um gato falso, embora seja um pouco egoísta”*; Para Refael, não conseguiu identificar nenhum animal; para ela escolheu o leão, como seu signo zodiacal, diz que gosta de se sentir *“forte, mas dependente, sempre rodeada de pessoas, mas defendendo bem os meus espaços”*. Sentimos que ela saiu da consulta mais animada com a brincadeira, talvez. A encaminhamos para uma avaliação ginecológica da leucorréia e propusemos um retorno em 15 dias.

“Possibilidade de expressão... Ela falou de coisas sérias e fundamentais para ela de forma lúdica... É o lúdico propiciando expressões... As expressões provavelmente foram o que mais a animou...”

(Interlocutora psicóloga)

²³ Trata-se de uma proposta lúdica de se desenhar a família de uma forma não tradicional, proposta por Violet Oaklander, (1978).

Retornou, referindo melhora da leucorréia, mesmo sem ter sido atendida pelo ginecologista, que fora agendado para 2 semanas depois deste dia. Referiu estar mais disposta e contente pois conseguiu um novo trabalho como babá. Desta vez parece que seja um emprego mais estável. Tudo a leva crer nisto. Julgamos que seu luto pela mãe e pela avó recém-falecidas já estava mais elaborado e que a depressão que nos preocupava já estava melhorando. Pedimos um retorno em três semanas.

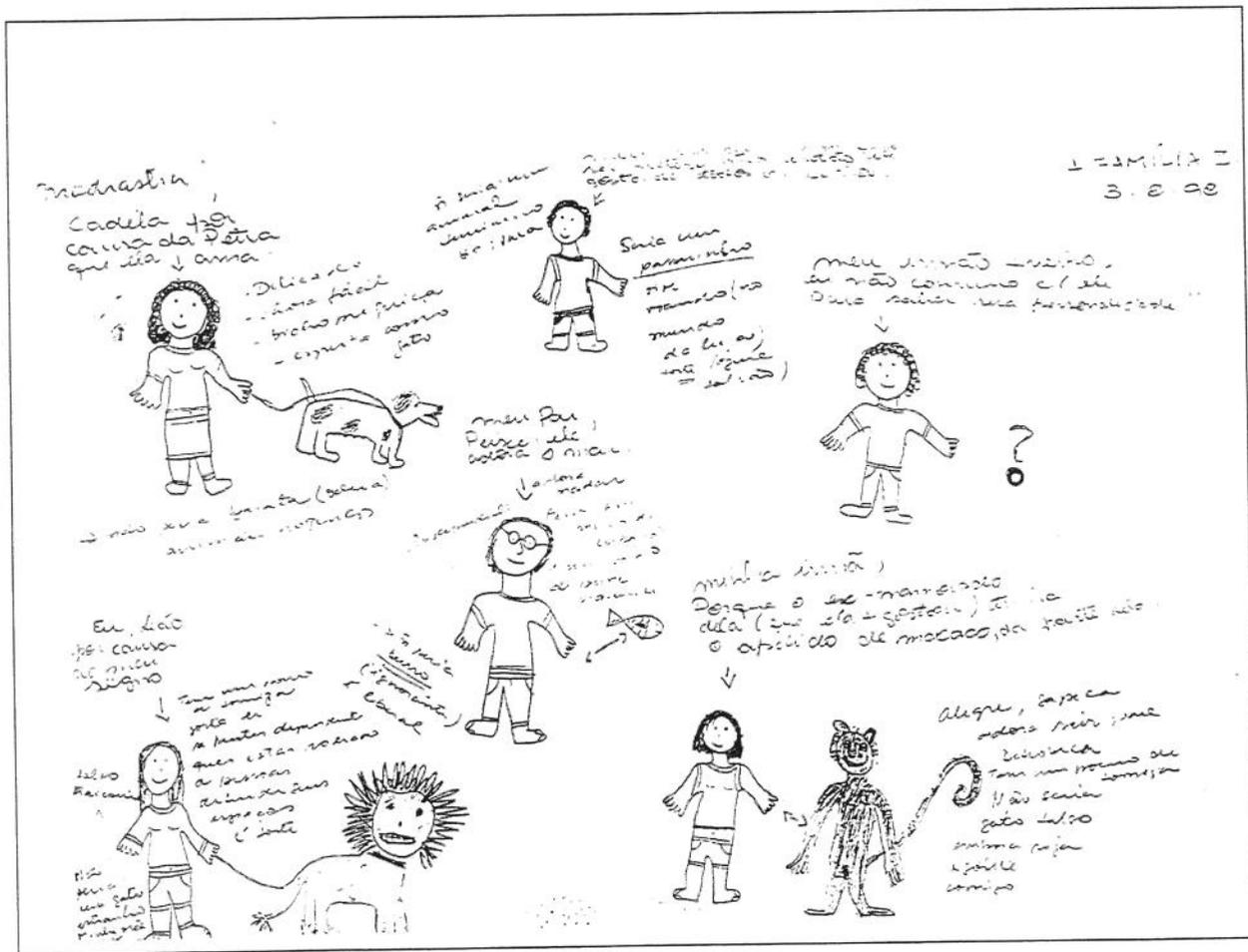


Figura 33: Desenho dos familiares como animais, que representam em parte o humor e ou o temperamento percebido por Isabela

Em três semanas voltou, contando sobre o atendimento ginecológico e a respeito do exame de secreção vaginal que havia sido solicitado. No entanto não tinha mais a queixa. Referiu que em alguns períodos do mês apresenta uma secreção vaginal que já é considerada normal. Ainda não menstruou e continua um pouco angustiada com isto. Está feliz com seu grupo de teatro, porém com um pouco de raiva da nova patroa que está exigindo um horário maior de trabalho sem modificar o salário. Discutimos a situação com a psicóloga do CS, que julgou bastante adequado o acompanhamento e suficiente para o momento. O trabalho em grupo de adolescentes com o pretexto teatral tem sido terapêutico também e a auxiliado a superar suas tristezas. Propusemos alta e retorno sempre que julgasse necessário.

Pretexto?! O teatro é extremamente terapêutico... Além de dar sensação de pertinência tão fundamental nesta fase... Não sei se pode superar as tristezas, mas pode ajudar a expressão e/ou reelaboração.

(Interlocutora psicóloga)

Êthos: sobre o ajudar e o resolver

Descobri que quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será. Isso significa que devo estar consciente de meus próprios sentimentos, o mais que puder, ao invés de apresentar uma fachada externa de uma atitude, ao mesmo tempo em que mantenho uma outra atitude em um nível mais profundo ou inconsciente.

(ROGERS, Carl, 1999, pp.37-8)

A próxima situação a ser relatada, o processo de relação com Lucas e seus familiares, é bastante significativa da dificuldade que sempre nos é colocada com respeito ao julgamento e à decisão a ser tomada. Tal dificuldade remete sempre ao que identificamos como missão do trabalho médico e seu oscilar entre o ajudar, o resolver e sua síntese o ajudar a resolver. Nem sempre esta síntese é alcançada e em muitas ocasiões teremos que apelar ao que sentimos como melhor decisão, sem nunca ter a certeza.

Lucas

15 de julho de 1996.

Revejo o prontuário de meu próximo paciente: Lucas Dionísio dos Santos, 13 anos, acompanhado neste Centro de Saúde A desde os sete anos de vida. Chamam a atenção alguns eventos: uso de chupeta ainda aos 7 anos, dislalias importantes, queixa de birras muito freqüentes, não matrícula em escola, pois moram longe de onde trabalham e, ainda, problemas respiratórios relacionados à um diagnóstico de rinite alérgica e, posteriormente, asma brônquica. Numa das consultas solicitou-se avaliação de acuidade visual pois, ao exame dos olhos, detectou-se um provável estrabismo. Realizado teste de Snellen em maio de 1990: olho direito com 0,4 (40% de acuidade para visão à distância) e olho esquerdo com 0,8; e uma anotação da auxiliar de

enfermagem para que se repita novo exame de acuidade pois o paciente mostrara-se meio desconfiado. Até a data de hoje, retornou mais 4 vezes ao serviço, sempre sendo atendido por médicos diferentes e em todas as vezes em crises de bronquite de moderada intensidade, quase sempre necessitando corticóides além dos broncodilatadores.

Neste dia, anoto:

Há três dias vem apresentando tosse seca, chiado no peito, obstrução nasal, coriza clara e feridas em torno das narinas. Estava há sete meses sem crises. Estas estão mais espaçadas. Sempre que fica resfriado apresenta feridas com crostas amareladas na face e nas regiões perinasais.

Hábito intestinal e urinário sem queixas;

Vacinação completa;

Desenvolvimento puberal: não iniciado;

Desenvolvimento neuro-psicomotor: Tem muita dificuldade para aprender na escola. "Não saiu da 1ª série e não quer ir mais à escola", diz a mãe. É tímido, muito irritado, nervoso e chega até ser agressivo em algumas situações. Alguns o chateiam porque não está indo à escola. Os pais gostariam que ele voltasse, porém já não conseguem vaga em nenhuma escola.

Ao exame físico: Peso: 32300 g; est. 142 cm. Bom estado geral, ativo, hidratado, discretamente dispneico, sem edemas, linfonodos são palpáveis em região submandibular; apresenta hiperemia de orofaringe; na ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído com sibilos esparsos por todo tórax; na pele apresenta lesões perilabiais e perinasais com crostas melicéricas.

Diagnósticos: 1. Desnutrição proteico calórica leve; 2. Desenvolvimento neuromotor com dificuldades: timidez, dislalias, com aparente disfluência, embora fale muito pouco; Asma brônquica em crise pouco intensa; impetigo perinasal.

Prescrições: Salbutamol, inalações com fenoterol, eritomicina; polivitamínico, hidróxido de alumínio;

Orientações: indicado nova avaliação de acuidade visual, profilaxia de ambiente, forma de utilização de medicamentos broncodilatadores.

Solicitado retorno em 30 dias

Não retornam como o desejado. Voltam a procurar o CS três meses depois por nova crise. Marcam retorno com a equipe docente-assistencial da Universidade que atua no CS. Como houve falta de docente, Lucas foi encaminhado para que eu o atendesse, sendo incluído em minha agenda de assistência médica direta. Causou-me surpresa esta estória de agendamento não programado, pois sentia que havia sido bem aceito na consulta anterior. Conversando com o pai, percebo que o agendamento equivocado com a outra equipe, devia-se a uma confusão que a recepção da unidade ainda fazia com relação aos meus diferentes vínculos de trabalho naquela unidade. Volto a me sentir aceito. Anoto:

21 de outubro de 1996.

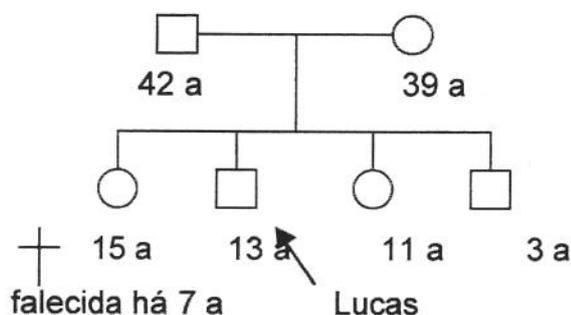
Lucas tem estado bastante nervoso. Queixa-se de cefaléia quase que diariamente, principalmente quando volta da escola. Fica também irritado, não se podendo conversar com ele. Refere cefaléia na região frontal (sobre os olhos), aparentemente pulsátil. Os olhos ficam avermelhados e com freqüência lacrimejam. O estrabismo continua igual. Pai diz que não sabe dizer se o problema ocular foi adequadamente resolvido. Fizera atendimento oftalmológico neste período em que esteve ausente do CS. Chegou a usar tampão ocular por um mês, sendo este suspenso por orientação do próprio oftalmologista, que ao rever Lucas disse que não há mais nada a fazer e que seu quadro não é grave (sic)²⁴.

²⁴ Em registros médicos utilizamos o termo latino (sic) entre parenteses, sempre que temos alguma informação significativa dada pelo paciente, mas que ao mesmo tempo temos dúvida quanto a sua veracidade, podendo indicar muitas vezes mais a sua compreensão do processo, que o que de fato foi diagnosticado ou dito ao paciente sobre ele. Tal expressão também é utilizada para acompanhar informações significativas ditas e escritas com as próprias palavras do paciente.

Na escola em que Lucas foi recentemente admitido, tem tido muita dificuldade para aprender. A professora não consegue envolvê-lo. Acha que ele deveria freqüentar escola especial, porém não indicou nenhuma. Lucas já não quer mais retornar a esta escola.

Há uma semana está com chiado no peito e dificuldade leve para respirar. Está fazendo uso dos medicamentos prescritos na última consulta, porém de forma irregular.

Heredograma:



Dinâmica familiar:

Lucas é o primeiro filho homem da família. A irmã mais velha tinha problemas graves de saúde e faleceu há 7 anos, quando tinha 8 anos de idade. Os outros dois irmãos são saudáveis e vêm apresentando desenvolvimento adequado. Vivem todos num sítio durante o dia, retornando à casa no bairro do CS para dormir. Lucas e a irmã estão freqüentando uma escola próxima ao sítio, no período da manhã. Lucas quando não vai à escola passa o dia ajudando o pai, cuidando dos animais: cavalos, cachorros, galinhas, vacas e bezerras. Para estas tarefas, que lhe interessam muito, aprende tudo com facilidade. Gosta de montar à cavalo e tem um que lhe pertence. Um dos cachorros (o Pepeu) que lhe pertencia morreu recentemente. Todas estas informações são oferecidas pelo pai em concordância com o filho, que sorri timidamente na medida em que o pai vai falando e pedindo sua concordância.

O relacionamento entre os irmãos é tranquilo. Os conflitos aparecem principalmente quando Lucas fica irritado.

Medo:

Quando solicitei ao pai que expressasse seu medo com relação aos problemas de Lucas, disse que o medo é de que ele tenha problemas de cabeça, pois recentemente havia levado o rapaz a uma benzedeira que lhe pediu para que o levasse a um médico para tratar deste problema, que teria que ser descoberto antes dele completar 15 anos, senão poderia tornar-se coisa mais grave.

Ao exame físico, encontra-se bem, embora em franca crise de asma, com broncoespasmo generalizado.

Diagnósticos: Desnutrição leve; Desenvolvimento neuro-psicomotor com dificuldades emocionais, familiares e escolares; Estrabismo com déficit visual; Asma brônquica severa em crise.

Conduta: Medicamentos: Salbutamol, inalações com fenoterol, e prednisona oral para o tratamento da crise;

Encaminhamentos: reencaminho ao Oftalmologista, agendado para o dia seguinte e, solicito seu parecer a respeito de um possível déficit visual comprometendo seu desenvolvimento escolar;

Retorno em dois dias para reavaliar quadro respiratório e contra-referência do oftalmologista.

Fico mobilizado com a história da benzedeira e sua premonição de que algo muito ruim possa acontecer a Lucas. Tento, racionalmente, afastar-me deste medo, embora não consiga livrar-me dele. A emoção central é de preocupação intensa com relação à complexidade do que o rapaz está vivendo. Sinto muita pressão vinda de todos os lados: expectativas dos pais com relação aos estudos e a seu futuro, o preconceito da professora que já o considera um a criança especial, fora de seu alcance pedagógico, pressão dos irmãos que se desenvolvem bem. Sinto necessidade de respirar fundo para superar uma opressão em meu peito. Pura sensação de asma.

Prefiro afincar-me numa hipótese mais racional construída em cima da lembrança de Miguilim, o personagem de Guimarães Rosa, que sempre fora tratado como deficiente mental, quando na verdade era um deficiente visual.

24 de outubro de 1996.

Retorna para reavaliação, passando bem melhor do quadro respiratório. Está tossindo pouco e ao exame não apresenta mais sibilos, ficaram apenas alguns roncos esparsos. Recebo a contra-referência do Oftalmologista que indica: acuidade visual de 1.0 (100%) no olho direito e 0.9 (90%) no olho esquerdo; fundoscopia sem anormalidades; avaliação binocular preferindo olho esquerdo, podendo alternar; NÃO JUSTIFICA DIFICULDADE DE APRENDIZADO.

Solicito um novo retorno o mais breve possível para aprofundar o conhecimento de suas dificuldades.

Que torcida para que fosse apenas um problema oftalmológico! Imagino sua frustração com o resultado...
(Intelocutora educadora)

Estou um pouco desolado com o bom resultado do exame oftalmológico. Veio totalmente contra o que eu esperava, porém tenho que aceitar a realidade dos fatos. Entretanto não quero aceitar a hipótese de uma deficiência mental. Volto a sentir opressão e medo das preocupações do pai. Me apego à melhora do quadro respiratório, embora nunca fique satisfeito com o controle de uma crise de asma a partir do uso de corticóide. Sinto também a pressão da demanda e da dinâmica do serviço, impossibilitando-me dar maior atenção ao Lucas e a seu pai neste dia.

5 de novembro de 1996.

Veio com a mãe, Marilena, que conta que a gestação de Lucas fora muito difícil. Ocorreu numa época de muita tensão por conta dos problemas de saúde da filha mais velha, que sofria de paralisia cerebral e hidrocefalia. Mesmo grávida tinha que carregar a filha de um serviço médico para outro. Um dia passou mal e

quase perdeu o bebê. Na hora do parto sentiu-se pouco apoiada. Ficou esperando muito para que o filho nascesse. O médico não vinha atendê-la. Quando entrou na fase expulsiva do trabalho de parto, teve que caminhar um longo corredor e a criança quase que nasceu neste trajeto. Lucas nasceu e demorou para chorar. Disseram-lhe que havia faltado oxigênio ao menino, no entanto não precisou ficar muito tempo em observação no berçário. Não conseguiu amamentá-lo por muito tempo. Foram apenas algumas semanas. Para Marilena, Lucas sempre foi lento no desenvolvimento. Lembra-se que ele só conseguiu sentar-se aos 8 meses de vida, andou com 2 anos, começou a falar com um ano e meio, porém até hoje tem dificuldades para articular as palavras, muitas delas incompreensíveis. Controlou os esfíncteres anal e urinário em torno de 3 anos de idade.

Lucas está novamente em crise há 3 dias. Reapareceram os sintomas assim que foi retirado o corticóide. Percebo sua angustia respiratória que parece ter se intensificado na medida em que falávamos a respeito de sua história. Ausculto rapidamente seus pulmões e o encaminho de imediato à sala de inalações. Senti sua ansiedade com todo o atendimento. Senti que havia sido pouco perspicaz com sua dispnéia e sua angustia respiratória.

Após a inalação, Lucas volta ao consultório, já bem melhor. Tento conversar um pouco com ele, que só sorri timidamente. Proponho que faça um desenho de sua família, o que ele aceita um pouco reticentemente. Optou por trabalhar com giz de cera azul, exceto a figura paterna que foi desenhada em cor laranja. Percebo suas dificuldades de coordenação motora para segurar o giz. Dificuldade piorada pelo tremor provavelmente secundário ao efeito colateral do broncodilatador. Percebi que queria que eu não ficasse olhando o que estava desenhando, porém estava feliz com a tarefa.

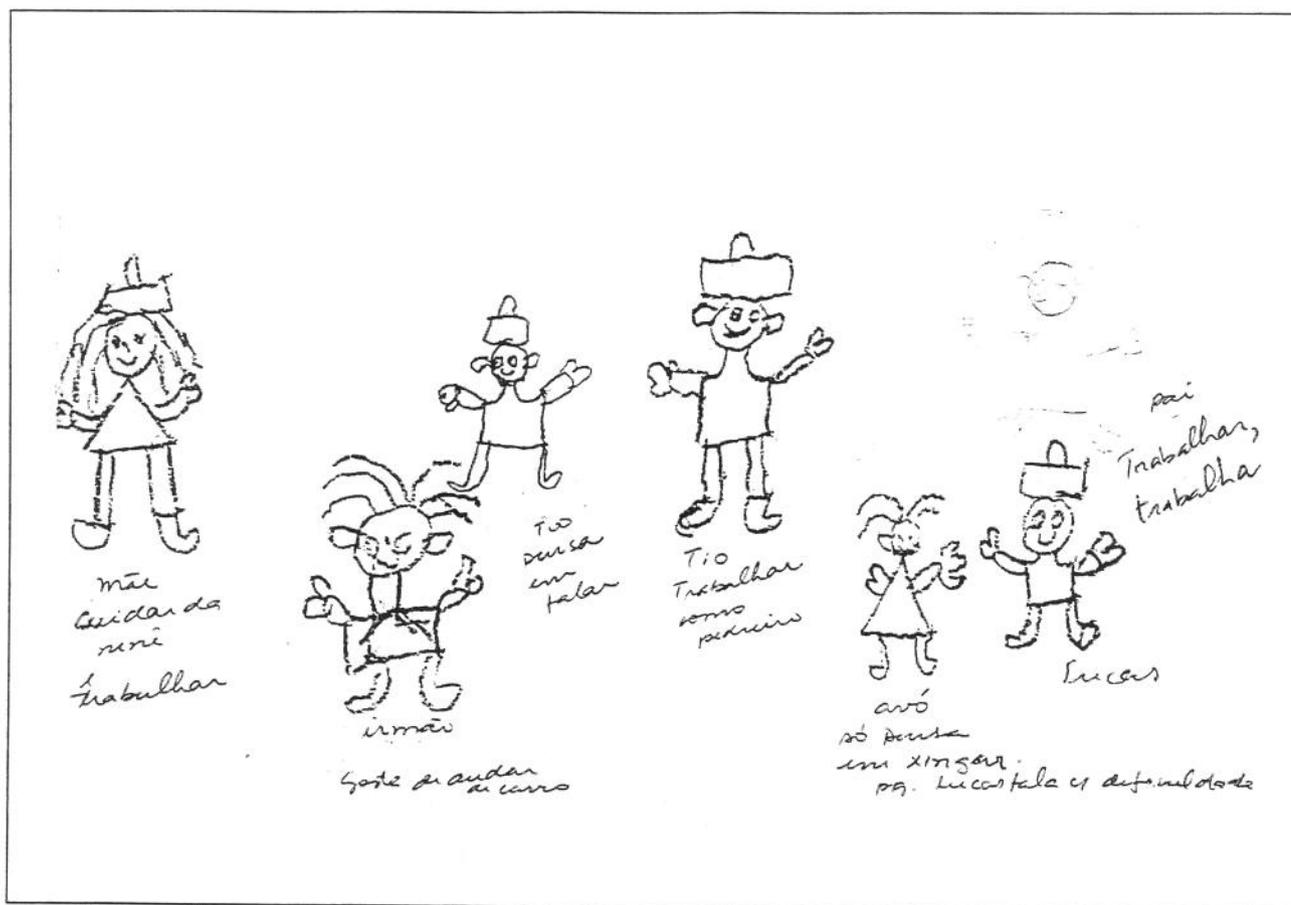


Figura 34: Desenho da família de Lucas

Discuto a história de Lucas com a psicóloga do Centro de Saúde, que me sugere reinvestigar a dinâmica e a história daquela família. A história da morte da irmã também merece uma maior escuta. Achou o desenho das figuras humanas um pouco regredido para a idade. Sugere, também um encaminhamento para avaliação neurológica e para psicopedagogia de referência. Prescrevo novamente corticoide, introduzo sulfametoxazol-trimetoprim por 15 dias.

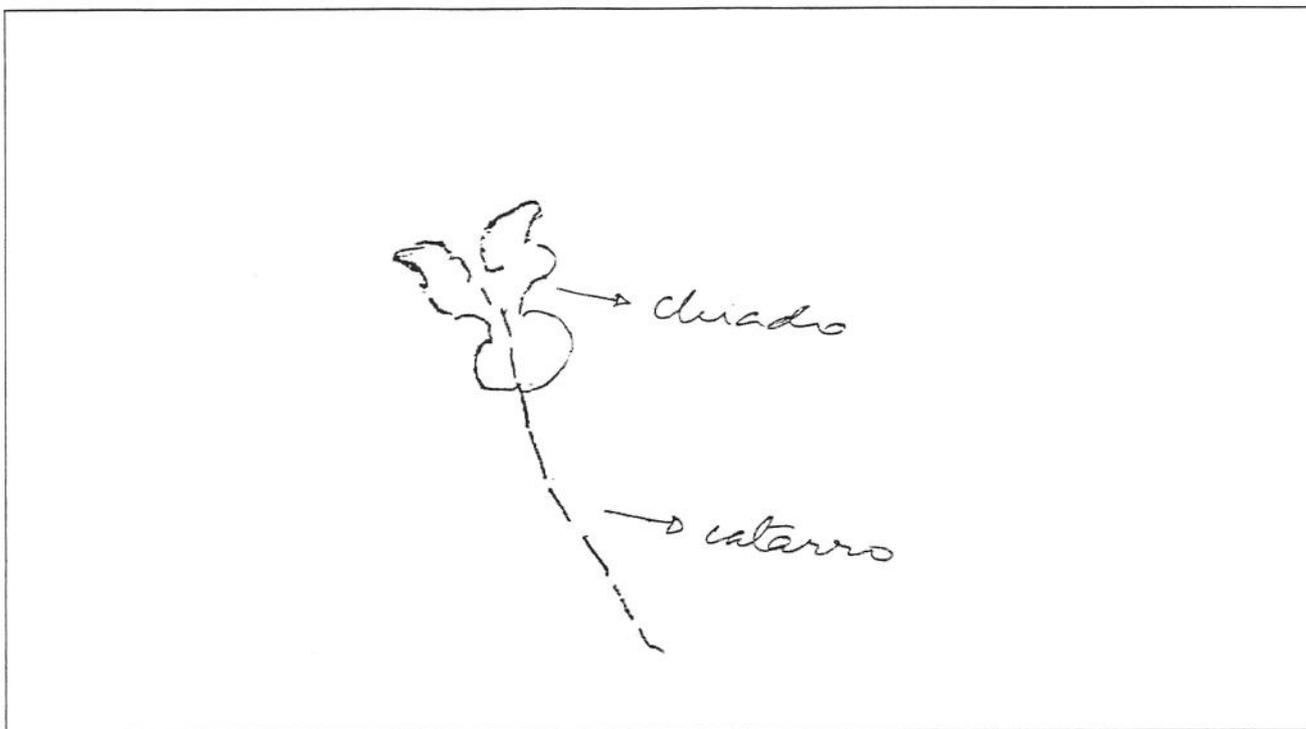


Figura 35: Desenho da asma brônquica de Lucas

25 de novembro de 1996

Lucas passou melhor com os medicamentos prescritos em última consulta. Tem os tolerado bem. O pai também está tossindo. Diz que também tem bronquite, e apesar disto continua tabagista. Refere uma tosse crônica com expectoração. Penso, por obrigação como médico (e não sinto ou pressinto, como self) na possibilidade de Tuberculose. Mudaram de emprego para uma outra fazenda. Deixaram alguns animais (uma égua e um poltrinho), que pertencem a Lucas, no outro sítio onde trabalhavam. Agora, passam 3 a 4 dias da semana no sítio e o restante na casa da avó materna.

Mãe conta da dificuldade de se controlar o ambiente, onde vivem vários adultos e boa parte deles fumantes. Além disso a casa está em reforma. É de alvenaria não rebocada, onde moram 14 pessoas em 4 cômodos. Referiu-se também ao tio mais novo, com o qual Lucas se incomoda muito. Trata-se de um rapaz de 18 anos com problemas psiquiátricos e que toma muitos medicamentos para

acalmar, pois é muito agressivo. Pergunto se ela acha que o Lucas tem o mesmo problema ou coisa semelhante, e responde que não, que é muito diferente, mas que tem medo que Lucas venha aficar com o mesmo problema. Ao final do atendimento , solicito baciloscopia de escarro tanto para Lucas, como para os demais tossidores crônicos da família.

Novamente, me sinto com dificuldades para aceitar o diagnóstico de deficiência mental. Sinto que se trata mais de um caso de pouco estímulo e situações emocionais da família muito complexas e que necessitam ajuda psicológica para todos. Tento trabalhar com os pais esta idéia. Sinto que os pais não acreditam muito em mim e tenho dificuldade para sintonizar com algumas de suas angustias. Alguma coisa me escapa. Não se explicita. Sinto que para eles tudo ficaria mais “tranquilo”, caso medicássemos Lucas e ele passasse a se transformar. Boa parte de seus sintomas são típicos da adolescência. Tento evitar ao máximo dar diagnósticos ou rótulos para seus problemas. Já considero importante ouvir outros profissionais. Pedirei ajuda novamente a psicóloga e o encaminharei a um Neurologista.

2 de dezembro de 1996.

Lucas volta acompanhado do pai, que desata uma série de preocupações para com o filho. Queixa-se muito do medo que está sentindo do rapaz. Diz ter medo que ele o agrida, pois quando fica nervoso, cerra os punhos como estivesse se esforçando muito para não agredir o pai. Conta que ele não era assim antes da morte da irmã. Conta que ele era muito ligado a ela, “cuidava dela como cuida de um animalzinho que ele gosta muito”. Acha que toda revolta vem de sua morte inesperada. Peço para que ele me conte um pouco como foi este momento. Diz que a filha estava internada há quase 30 dias para tratar de uma pneumonia. Não podiam acompanhá-la no hospital, porém iam visitá-la em dias alternados. Um dia antes de sua morte os pais foram informados que ela receberia alta no próximo retorno. Estava ótima, comunicava-se bem. Entretanto no dia seguinte a família recebe a notícia da morte da filha. Morrera sozinha. Fora encontrada

morta. Não souberam explicar bem o que aconteceu. Os olhos de Roberto, o pai se enchem de lágrimas. Lucas observa o chão roendo as unhas. Silêncio.

Converso com Lucas que se diz ficar revoltado pois o pai está sempre o punindo. Até hoje, o pai não foi buscar animais que estão no outro sítio e que pertencem a Lucas. Recentemente, o pai vendeu um dos passarinhos de Lucas, sem o consultar.

Sinto esta vibração de punição, pois o filho não corresponde as expectativas do pai. Percebo um movimento de mãos de Lucas, que no sua limitação assemelha-se a um movimento de mãos atadas, algemadas. Sofro com os três a morte inesperada da irmã. Sinto a mesma raiva da equipe médica que atendeu a criança e não percebeu que estava prestes a morrer. Sinto que de alguma forma há uma projeção desta experiência para comigo. Resolvo encaminhá-los a atendimento psicológico, e para Lucas também atendimento neurológico e psicopedagógico.

17 de dezembro de 1996.

Lucas tem ido quase todos os dias ao sítio onde o pai trabalha. Lá tem ordenhado vacas, montado em cavalos, alimentado galinhas e porcos. Irão mudar definitivamente para o sítio. Roberto deverá buscar os cavalos que continuam na outra fazenda. Lucas apresentou melhora acentuada do quadro respiratório. Mantém discreta tosse. O pai está procurando vaga em escola próxima ao sítio. Chegaram os exames: baciloscopias de escarro de Lucas, Roberto e um dos tios: todas negativas. Lucas já tem consulta agendada com Neuropediatra para o início de janeiro. Aguarda triagem para psicopedagogia. Deverão conseguir consulta em psicologia na equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde próximo ao sítio. Deverá transferir atendimento pediátrico para lá também.

Sinto que este talvez seja um dos últimos atendimentos meus a Lucas, pois grandes expectativas estão sendo transferidas para o próximo ano, mesmo assim deixo um retorno marcado para 17 de janeiro para saber como estão os encaminhamentos.

Em 17 de janeiro não retornam. Fico com a impressão de que as coisas foram encaminhadas. Assim espero.

15 de março de 2000.

Passados 3 anos, encontro Lucas e Roberto nos corredores da Policlínica, onde o rapaz continua em acompanhamento neurológico e psicopedagógico. Peço para que retornem ao Centro de Saúde onde estou trabalhando que é no mesmo prédio da Policlínica. No mesmo dia me procuram. Roberto pede para que eu encaminhe o filho para uma internação em Hospital Psiquiátrico. Pergunto porque e o pai diz que ele está insuportável, muito agressivo e tem medo que ele se torne um marginal. Nega qualquer situação concreta que justifique algum indício. Diz que todo atendimento realizado até agora não foi de serventia alguma. O filho continua o mesmo ou pior. “Não serve para quase nada”. Pergunto sobre os animais e do trabalho do campo e Roberto diz que ele só se apega a isto, nada mais o interessa. Não consegue conversar com ninguém. As pessoas o ridicularizam.

Olho para Lucas e só consigo enxergar uma distância, como se ele estivesse num estado autista, vivendo seu próprio mundo, conectado a sua própria realidade, porém permitindo comunicar-se com as pessoas. Não consegue me olhar nos olhos. Nem mesmo quis conversar a sós comigo. Senti que estava ali apenas porque o pai o forçava. A situação sem dúvida era muito constrangedora. Lembrei-me, da escola de apoio do Serviço de Saúde Mental, achei que poderia ajudar, solicitando um atendimento para Lucas. O pai pareceu ficar satisfeito.

Tenho encontrado Lucas e Roberto na rua algumas vezes. Quando pergunto como está o pai repete as mesmas reclamações. Na última vez, Lucas movimentou a cabeça expressando um sinal negativo, como se aquela pergunta a seu pai não tivesse mais sentido. Sua idéia a seu respeito não se modifica mais. Sinto uma certa alegria ao vê-lo pelas manhãs vindo de bicicleta na contra mão, porém próximo à sarjeta, cuidando para não ser atropelado. Lá vai o Lucas.

Apesar de também compartilhar da dúvida a respeito da necessidade de um encaminhamento mais efetivo a um atendimento psicológico para Lucas e seus familiares, que não conseguiram elaborar o luto da filha morta, acredito que as decisões sob o sentimento vivenciado no aqui e agora têm que prevalecer, serem preservadas, valorizados.
(Interlocutora educadora)

O pedido de Cleberson

Cleberson, garoto de 9 anos, é transferido de um serviço de Pronto Atendimento de um município vizinho para o Pronto Socorro onde estou de plantão. Chega por volta das 20:00 hs, acompanhado pelos pais com a seguinte história:

27 de março de 1999 – 20:15h

Há 20 dias sofrera queda de bicicleta com politraumatismo²⁵, inclusive craniano, tendo sido atendido em Pronto Socorro na ocasião. Ficara sob observação aproximadamente 6 horas, recebendo alta sem queixas. Após a alta, deste dia em diante, passou a ter cefaléia parietal²⁶ direita, episódica, de moderada intensidade. Vinha queixando-se quase que diariamente desta dor, quando há 12 horas, acordou queixando-se de que a cefaléia estava mais intensa, acompanhada de tontura, adinamia²⁷, que se seguiram de um episódio de vômito. Há 4 horas, apresentou uma crise convulsiva, que iniciou-se com movimentos tônico-clônicos²⁸ focais, que generalizaram-se em seguida, mantendo-se por aproximadamente 15 minutos neste estado. Foi atendido em Pronto Atendimento, onde foi medicado durante uma segunda crise também tônico-clônica generalizada, que não respondeu ao uso de Benzodiazepínicos²⁹, melhorando apenas

²⁵ Politraumatismo = conjunto de problemas ou lesões devido a múltiplos traumatismo, dos quais pelo menos um representa risco de vida para o paciente.

²⁶ Cefaléia parietal = dor de cabeça mais localizada na região da cabeça correspondente aos ossos parietais do crânio. Ossos que se localizam no topo da cabeça articulando-se um ao outro por uma sutura, a sagital. Trata-se, portanto, de dor de cabeça localizada bem no topo da mesma, neste caso mais à direita deste topo.

²⁷ Adinamia = debilidade, fraqueza, prostração.

²⁸ Convulsão tônico-clônica = crise do sistema nervoso central que provoca descargas de estímulos neuronais, que desencadeiam movimentos musculares tensos, espásticos e repetitivos, durante um período de tempo. Pode ser localizada sem perda de consciência, em alguns segmentos corporais, tais como nos membros, ou nos músculos da face, como pode ser generalizada, atingindo todo o corpo, sempre acompanhada de perda de consciência

²⁹ Benzodiazepínicos = grupo de fármacos semelhantes à Diazepina, com propriedades sedativas e ansiolíticas, utilizados como primeira escolha no tratamento de crises convulsivas.

após hidantalização³⁰. Chegou ao Pronto Socorro em bom estado geral, consciente, um pouco sonolento, comunicando-se espontaneamente. Ao exame neurológico, apresentava um discreto déficit de força muscular em hemicorpo esquerdo³¹. Foi avaliado pelo conjunto da equipe de pediatria e pelo neurologista de plantão. Considerou-se a hemiparesia compatível com a Hemiparesia de Todd. Realizou-se tomografia computadorizada de crânio, que revelou apenas discreto edema cerebral sem sinais sugestivos de efeito de massas.

Ao questionarmos seus antecedentes pessoais e familiares, o pai revela, pedindo reservas, que Cleberson é filho adotivo e que pouco se sabe de sua família biológica. Somente a mãe biológica é relativamente conhecida e sabe-se que tem familiares com problemas psiquiátricos. Alguns são convulsivos também. Sérgio fala também de seu medo de convulsão. Especificamente a respeito da perda de uma filha que morrera em estado de mal convulsivo, que não conseguiu ser controlado. Disse que o atendimento médico foi muito precário. “No interior de Minas Gerais, não havia nem oxigênio, o cérebro acabou inchando demais e ela morreu” (sic).

Com relação ao processo de adoção, Sérgio conta que Cleberson foi adotado quando tinha 1 ano e 4 meses de idade. Filho de uma vizinha, que vivia e ainda vive em extrema miséria, estava muito desnutrido e com lesões de pele diagnosticadas na época como escabiose. “Parecia que iria morrer logo caso alguém não tomasse uma iniciativa”. Foi sua mulher, Gerusa, que o convenceu de que deveriam adotá-lo. Inicialmente, a intenção era cuidar da criança por um tempo e devolvê-la a mãe biológica, porém esta mesma pediu para que adotassem de vez o filho. A adoção passou por todos os trâmites legais.

Os pais decidiram não revelar a história de adoção a Cleberson, mesmo que alguns familiares começassem a sugerir, desde cedo, que esta história seria descoberta mais cedo ou mais tarde. O que acabou acontecendo há 2 meses, quando o avô paterno,

³⁰ Hidantalização = processo de administração de difenil-hidantoína (fenitoína), potente anticonvulsivante e antiepiléptico que não causa depressão do sistema nervoso; é utilizada como Segunda opção ao tratamento de crises que não cessam com o uso de diazepam.

³¹ Hemicorpo esquerdo = membros superior e inferior esquerdos.

num momento de discussão com Cleberson, revelou sua origem: filho da vizinha que mora na mesma rua, duas quadras de onde moram. Disse que ele não era seu neto, que nunca foi avô de um “negro urubu” (sic), e que ele deveria “se tocar” das diferenças, pois nunca foi parecido com seu filho Sérgio. Desta data para cá, Cleberson ficou abatido, triste, pouco se interessando pela escola e por brincar e perguntando insistentemente aos pais a respeito de suas origens. Estes continuam negando a versão do avô. Dizem que está louco e não sabe o que diz. Sentem também que está muito difícil convencer Cleberson de que esta história não tenha nada de verdade.

Segundo o pai, Cleberson sempre rejeitou qualquer contato vindo da família de Marli, a mãe biológica. As poucas oportunidades de aproximação foram rechaçadas. Vizinhos e familiares já haviam chamado a atenção de Cleberson, referindo-se a sua aparência física com os outros filhos de Marli. Cleberson sempre respondia que de forma alguma se sente parecido com “aquela gente ruim” (sic), conta o pai.

Todas estas informações foram fornecidas pelo pai, enquanto Cleberson esteve realizando a Tomografia. Foi ainda submetido a uma coleta de líquido, cuja análise veio dentro dos limites da normalidade. Ao retornar à sala de observação do PS percebi que o tema adoção não deveria ser mais abordado ali e sugeri, então, um retorno no Centro de Saúde para prosseguirmos atendimento e buscarmos ajuda psicológica para superar esta fase difícil de sua vida. A proposta foi aceita. Cleberson e mãe passaram a noite em observação e ele evoluiu bem.

05 de abril de 1999.

Criança e seus pais são atendidos por uma interna, aluna de 5º ano médico, sob minha supervisão no Centro de Saúde A.

Na sexta feira (27 de março), acordou com dor de cabeça e vomitou 2 vezes. Não se alimentou, tomou Neosaldina, com pouca melhora. Passou a referir aos pais que sentia a presença de “uma pessoa” a seu lado. Sentiu um aperto na garganta, os olhos arderam, passou a piscar sem parar. Percebeu o braço e a perna esquerda esticarem e retraírem sem que ele pudesse controlar. Não se

lembra de mais nada. A mãe conta que em seguida o garoto caiu ao chão, inconsciente e debateu-se com movimentos tônico-clônicos por aproximadamente 3 minutos. Aparentava dormir quando novamente voltou a se debater: nova crise, mais 4 minutos. Chegou a um pronto atendimento, onde apresentou uma terceira crise. Foi então encaminhado ao Pronto Socorro, onde recebeu o atendimento do Dr. Fernando e equipe. Ao exame físico não se detectou alterações significativas.

Com relação a história da adoção, percebemos informações muito desconstruídas com relação àquelas que nos foram informadas pelo pai no Pronto Socorro. Novamente todo o problema recaiu sobre o avô, que o chama de "macaco", e "filho de bandido" (sic).

Solicitei agendamento dos pais para que no retorno nos fornecessem entrevistas em separado.

Em seguida, as anotações descrevem os exames realizados no Pronto Socorro. Solicitado Eletroencefalograma e realizado encaminhamento ao Neuropediatra de referência.

12 de abril de 1999.

Entrevista com a mãe:

Conta que o filho está melhorando da cefaléia, porém passou a queixar-se de dores pelo corpo, principalmente em membros inferiores, sem relação com exercícios físicos e sem horário preferencial. Está desanimado. Não quer ir à escola. Quando vai, volta com bilhete da professora dizendo que não fez nenhuma atividade proposta. Mãe reparou que os cadernos estão mais descuidados. A letra piorou muito e ele diz que as letras ficam dançando. Existem muitos espaços vazios entre as poucas frases anotadas. O comportamento em geral mudou: está chorando com facilidade, mostra-se impaciente com tudo e principalmente com sobrinhas. Muitas vezes chega a ser agressivo e em outras distante e indiferente.

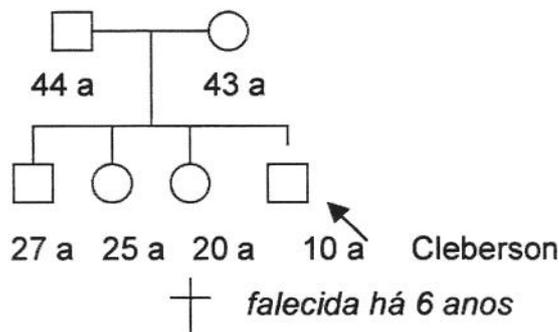
Conta como foi o processo de adoção de Cleberson, desde sua aproximação, quando decidiu levá-lo para casa para cuidar dele, quando Marli decidiu pedir a Gerusa que o adotasse e o processo legal de adoção, inclusive as conversas

com a Assistente Social, que orientara para só revelar à criança de que ela era adotiva depois dos 11 anos (sic). Só assim não se revoltaria contra os pais adotivos. Diz, no entanto, que Cleberson começou a desconfiar há 2 anos, quando o avô paterno, que mora em uma casa que dá para o mesmo quintal, começou a implicar com o garoto e a lhe fazer insinuações. Este senhor vive só e depende em parte de Gerusa, que prepara sua alimentação e cuida de suas roupas.

Contou ainda a respeito de sua filha mais velha, que morreu aos 14 anos em estado de mal convulsivo. Diz que ela era muito apegada à Cleberson e cuidava dele quando a mãe saía para trabalhar. Cuidava também do avô. Após a morte de Celina, Cleberson passou a levar comida e a roupa para o avô. Gerusa acha que este foi se implicando com o jeito do menino. Pensou muito em adotar outras crianças mas depois da morte da filha decidiu cuidar apenas das netas. Uma delas a chama de mãe.

Gerusa lamenta que muitas vezes tem errado ao repreender Cleberson, quando ele não se comporta bem. Diz que ela e o marido dizem a ele que ele tem que mudar, caso o contrário pode ficar igual aos filhos de Marli, que vivem na rua e são conhecidos por todos como desajustados (sic).

Heredograma:



Dinâmica familiar: Vivem 7 pessoas na mesma casa de 4 cômodos: pai, mãe, Cleberson, irmão com esposa e filha e mais uma sobrinha de 6 anos, filha de sua irmã casada. O pai é policial e trabalha o dia todo e, às vezes, faz plantões. A mãe é costureira e cuida da casa. O avô paterno é parcialmente dependente da

família Tem uma companheira bem mais nova do que ele, que trabalha o dia todo.

Entrevista com o pai:

Sente-se muito preocupado com o filho. Sofre com seu desânimo e acha que ele deva ter algum problema neurológico que justifique as convulsões. Não acredita que os fatos ocorridos com ele e o avô justifiquem tal problema. Não quer contar ao filho que ele é realmente adotado. Acha que ele não tem maturidade para receber esta notícia e que pode revoltar-se muito. Tem medo que os abandone. Está pensando em contar uma outra história que Gerusa não concorda. Quer contar que ele filho dele e de Marli e que Gerusa resolveu cuidar dele, logo que nasceu. Ao contrário de Gerusa, diz que sabe quem é o pai biológico de Cleberson e que isto não iria interferir no relacionamento familiar.

Falou também a respeito do temperamento e humor de Cleberson. Acha que puxou os pais biológicos. É teimoso, briguento, provocador. Acha que ele provocou o avô que acabou se irritando. Não deixa de criticar também este avô, classificando-o como “italiano preconceituoso”, pois critica muito as pessoas de raça negra, embora sua companheira atual também seja negra.

Depois das convulsões procurou a avó biológica para saber de antecedentes de problemas neurológicos. Ela mesma disse ser convulsiva desde criança. Quase todos seus filhos tiveram convulsão. Nenhum teve tumor. Falou também a respeito da filha falecida e do contexto de sua morte. Até hoje, acha que ela devia ter um tumor no cérebro, que não foi diagnosticado. Tem medo que Cleberson também tenha.

Senti necessidade de conversar um pouco com os dois juntos a respeito do que eles achavam que Cleberson gostaria de saber deles. Que *pedido convulsivo* era aquele, independente de ele ser ou não epilético. Ficaram alguns segundos pensativos. Gerusa encheu os olhos de lágrimas. Sérgio não consegue imaginar o filho duvidando de sua filiação. Senti um pouco da dor que estavam sentindo. Dor que se confunde a medo de um vazio, de um abandono, cheio de culpa, misturada ao falso prazer de provocá-lo.

Encerramos o atendimento pedindo para que refletissem juntos sobre esta questão: o pedido de Cleberson.

26 de abril de 1999.

Cleberson retorna e tudo parece estar bem. Não houve nenhuma decisão dos pais a respeito da história das origens de Cleberson. Este deixou de insistir nesta demanda. Continua com dificuldades na escola. A cefaléia parece mais estável. Solicitamos para que desenhasse sua família e ao final escrevesse um pensamento para da um. Aceitou bem a proposta.

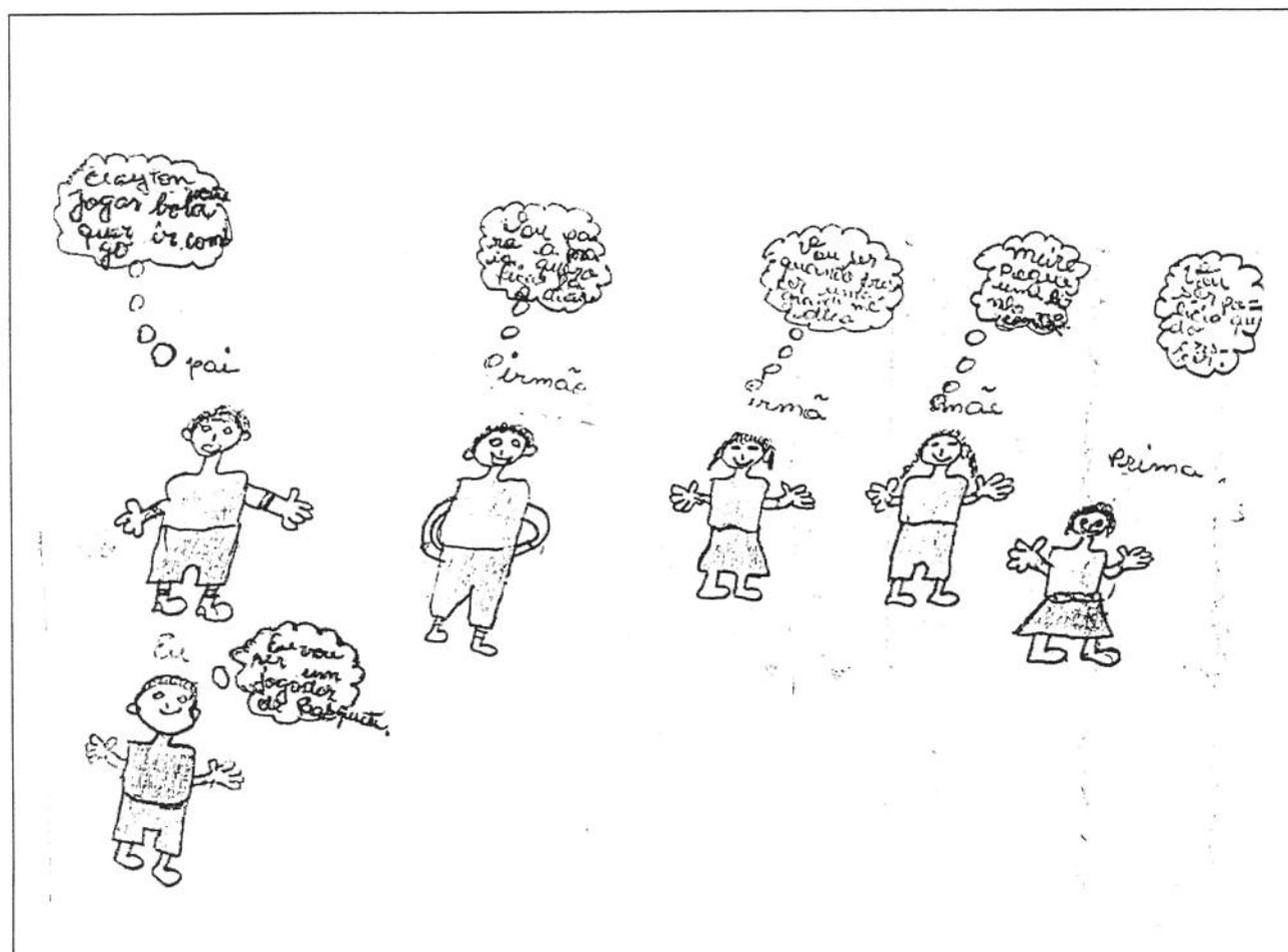


Figura 36: Desenho da família de Cleberson

As duas primeiras figuras desenhadas foram os homens da família Sérgio e Clayton, irmão mais velho e pai da sobrinha Cibele. Desenhou a mãe Gerusa e a “irmã” (também sobrinha) Jussara. Os pensamento do pai era um convite ao filho mais velho, convidando-o para jogar futebol. Clayton estava pensando em ir à praia. As meninas pensando no que seriam quando crescer. A mãe pedindo ajuda à cunhada e ele numa linha abaixo pensando em ser jogador de basquete no futuro. Ao terminar o desenho disse, sem ser questionado, que não incluiria em sua família o avô e as “pessoas de sua rua” pois não os considera família.

30 de abril de 1999.

Retornam referindo ter realizado o eletroencefalograma e que este estava aparentemente normal. Aguardam avaliação da Neuropediatria. Voltou a ter cefaléias, principalmente quando está na escola. Diz se incomodar muito com o barulho e com a bagunça em sala de aula. O atendimento foi supervisionado por outro médico que solicitou encaminhamento à oftalmologia, protoparasitológico seriado e retorno em 15 dias para prosseguir atendimento comigo.

08 de julho de 1999.

Cleberon vem acompanhado da mãe adotiva, que refere ter procurado o serviço antes porém devido à greve dos funcionários do Centro de Saúde, não conseguiu agendar. Gerusa conta que o filho passou relativamente bem neste período (2 meses e 10 dias), queixando-se poucas vezes de cefaléia. Foi atendido pelo neuropediatra, que prescreveu Carbamazepina, 10 ml, duas vezes ao dia. Tem passado bem com este medicamento. O sono tem sido muito agitado: debate-se, fala muito, chega a gritar. Ninguém consegue compreender o que fala durante o sono. Aparenta sempre estar brigando com alguém. Não tocou mais no assunto da adoção. O avô não o importunou mais. Na escola, está cursando a 4ª série, porém a professora já chamou a mãe várias vezes para queixar-se de que Cleberon deu para fazer bagunça, perturbar a aula e não prestar atenção em nada. Cleberon não quer falar sobre o assunto. Olha e sorri, como se tivesse que aceitar o que a mãe conta. Gerusa queixa-se também que

nos últimos meses, o menino está cada vez mais desobediente. Ainda respeita um pouco o pai. Não aceita conversar nada que se refira à adoção. Mesmo quando o tema a'pareça de forma indireta, como nas novelas de TV. Mãe acha que deve conversar sobre o assunto. Pai prefere não tocar no assunto.

Ao exame físico: Peso 31 kg; estatura de 144 cm. Encontra-se em Bom estado geral, corado, eupneico, ativo sem linfonodomegalias.

Oroscopia: dentes em bom estado, amígdalas de tamanho normal para a idade. Ausculta pulmonar e cardíaca normal.

Abdome sem alterações; genitais masculinos típicos em fase de desenvolvimento G2P1 (= início de puberdade)

Neurológico normal.

12 de julho de 1999.

Retorna com a mãe. É atendida pelo mesmo médico residente que o atendeu na consulta anterior que realiza a seguinte anotação:

Retorna para reavaliação. Solicito que desenhe um animal representando cada membro da família. (Ver anexos). Solicito novo retorno para 19/07/99 e Dr. Fernando irá tentar contatar psicóloga da unidade para iniciar acompanhamento. Conversar melhor a este respeito no retorno.

Neste dia, senti preocupação com o que estava ocorrendo. Em boa parte a dúvida surgiu em decorrência da desmotivação do médico residente em abordar as questões relativas ao pedido de Cleberson. Havia uma concordância entre eu e ele de que a questão era delicada e que merecia uma orientação psicológica. Nos últimos atendimentos, percebíamos um pacto consciente entre pais e filho para não tocarem no assunto conflituoso. Entretanto, os sintomas de Cleberson estavam mantidos e em certa parte piorados: as dores recorrentes que passaram a ser múltiplas, o sono agitado, o comportamento escolar, o mal rendimento, etc. Nas atividades em consultório, notávamos um desconforto com relação as figuras familiares e a necessidade de aceitar sua origem biológica.

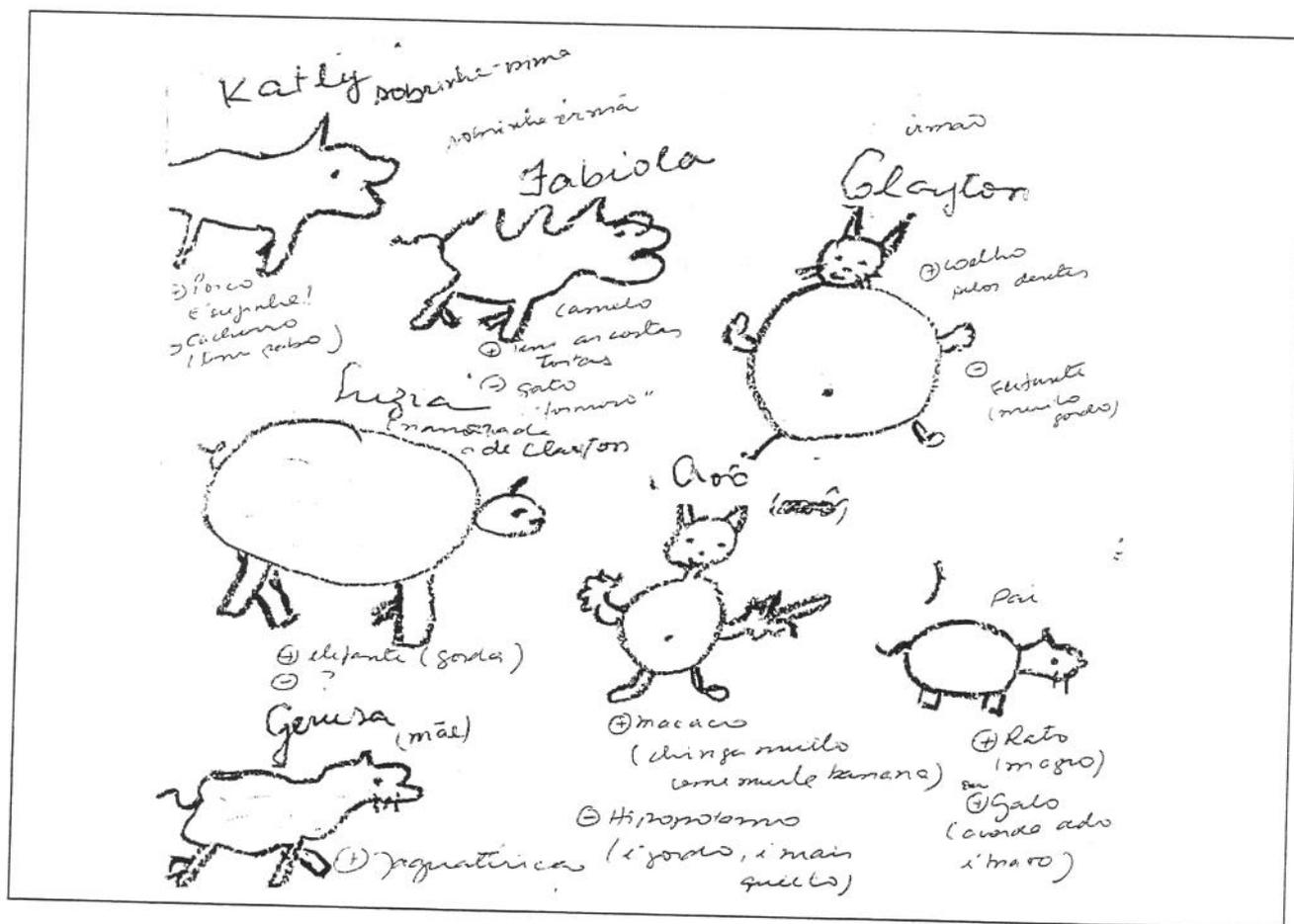


Figura 37: Desenho dos familiares de Cleberson como animais

Durante o desenho, Cleberson esteve bastante entusiasmado por poder desenhar figuras de animais expressivas dos familiares. Começou pelas meninas, as sobrinhas, que como ele também foram “adotadas” como filha e como sobrinha (e não netas) pelos pais. A “sobrinha-prima” foi desenhada como um porco, pois é muito “sujinha”. A “sobrinha-irmã” lembra um camelo pelas costas tortas e jamais seria um gato formoso. O irmão Clayton se parece a um gordo coelho devido seus dentes. A namorada deste é um elefante pelo seu tamanho. O avô paterno é macaco pela provocação, pelos chingamentos. O pai se parece a um rato e às vezes a um galo. Rato pela magreza/fraqueza. Galo pela braveza. Não seria leão, pois não é forte. A mãe é jaguaritica, boa, formosa, porém brava. Não se desenhou. Quando perguntei que animal ele se identifica mais, pensou, pensou e disse tartaruga, pois é vagaroso. Prefere as

coisas lentamente. “Todos pensam que não chega, mas é quem acaba ganhando” (SIC). Não seria cachorro, animal que considera bravo.

19 de julho de 1999.

Cleberon retorna com a mãe, que refere que os professores perceberam discreta melhora do comportamento nas últimas semanas. Encontra-se com sintomas de respiratórios tais como tosse e obstrução nasal há 3 dias. Ao exame físico encontra-se bem com sinais de secreção hialina em retrofaringe. Solicitamos que desenhe e nos conte uma estória sobre alguma dificuldade sua. Desenha e nos conta a estória do velho chato, que vive provocando o menino solitário que só quer jogar bola, nada mais. Não consegue viver com ele e sem ele, apesar de chato.

Em 26 de julho de 1999, retorna acompanhado da cunhada (namorada do irmão) pois a mãe não pôde acompanhá-lo. Continuam as queixas escolares e a desobediência e a agitação em casa. Professores não providenciaram relatório, pois precisam de aval da diretora da escola. Realizada a técnica de relaxamento e a visita à caverna onde se revela seu mundo. Desenhou muito fogo e planetas. Denominou-o Planeta fogo.

Em 9 de agosto de 1999, retorna acompanhado da mãe, que conta importante melhora em casa, porém manutenção das dificuldades e comportamento complicado na escola. Mãe diz que contou toda a verdade ao filho a respeito de sua adoção, mesmo a revelia do pai. Cleberon ficou feliz e lhe disse que já sabia da verdade. Apenas precisava que os pais assumissem a sua história, como de fato fora. Sérgio, o pai, acabou aceitando a iniciativa da mãe e agora está mais tranqüilo.

Cleberon é acompanhado por mais um ano na unidade, até que pudesse ser acompanhado pela psicologia e psicopedagogia de referência. Mesmo com toda situação escolar conturbada, passou de ano e iniciou a 5ª série, com bom aproveitamento, porém mantendo dificuldades em se adequar ao comportamento esperado pelos professores. Do ponto de vista psicopedagógico (encaminhamento feito pelo Neurologista), foi avaliado como tendo boa desenvoltura para acompanhar os conteúdos da quinta série. Após várias entrevistas com Cleberon e seus pais, a psicóloga o encaminhou para

terapia em grupo, não identificando maiores necessidades de atendimento individual. Retorna ao atendimento em grupo até 21 de fevereiro de 2001, quando recebe alta.

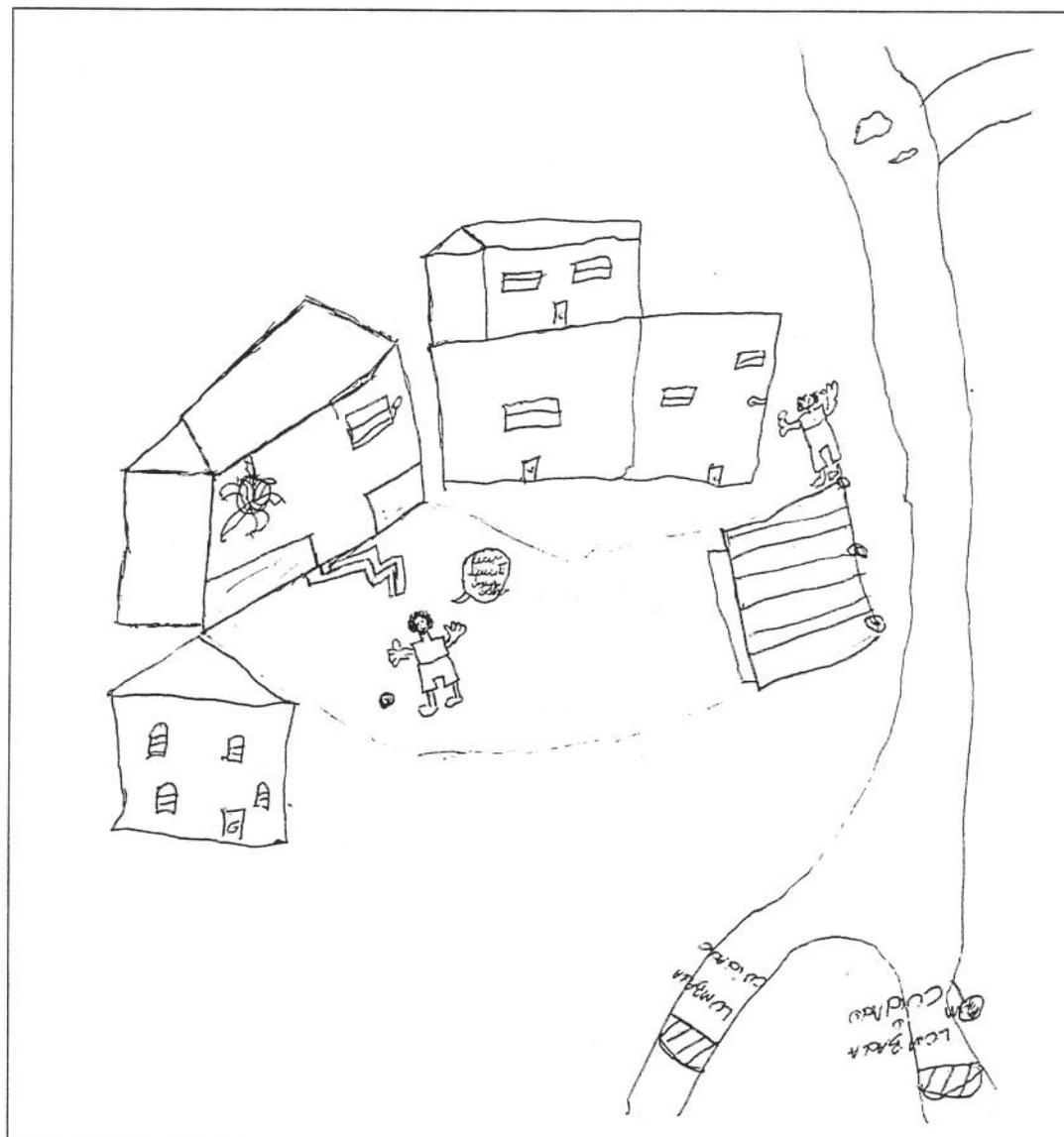


Figura 38: Desenho da estória do Velho Chato por Cleberson

Abrir a porta e encontrar uma equipe

Doze vozes gritavam cheias de ódio e eram todas iguais. Não havia dúvida, agora, quanto ao que sucedera à fisionomia dos porcos. As criaturas de fora, de um porco para um homem, de um homem para um porco e de um porco para um homem outra vez; mas já se tornara impossível distinguir quem era homem, quem era porco.

(ORWELL, George, *Revolução dos Bichos*, 1979, p.135)

André Wilson

12 de abril de 1999.

André Wilson, 8 anos, tem seu primeiro contato com nossa equipe no Centro de Saúde B. É atendido por uma médica residente, que solicita minha supervisão. André veio acompanhado de sua mãe-madrinha: Maria de Lourdes. A preocupação é seu comportamento, que se modificou muito desde a morte do padrinho há 4 anos. Tornou-se agressivo, principalmente com os familiares mais próximos, mas também na escola. De alguns meses para cá vem cometendo alguns pequenos furtos. Maria de Lourdes pede algum tipo de ajuda psicológica. Nos antecedentes familiares, contam-nos que André mora com a madrinha e um irmão desta, que é alcoolista e relaciona-se pouco com ele. André, em conversa particular com a residente, refere ficar muito incomodado com a pulsão de furtar. Não sabe explicar os motivos. Diz que se sente muito só, sem ninguém para brincar. Sofre também de asma brônquica, com crises de moderada intensidade, em média uma crise a cada 2 meses.

Na supervisão do atendimento percebo que o tempo necessário para explorar um pouco melhor a dinâmica familiar é exíguo. O processo de adoção nem pôde ser

explorado. Percebo que a o processo de filiação adotiva parece pouco consistente. Agendamos retorno em 2 semanas.

26 de abril de 1999.

Retornam e as queixas de furto desapareceram. Solicitamos um desenho da família para André. Maria de Lourdes aguarda fora do consultório. André inicia o desenho por uma nuvem que não o deixa satisfeito. Parte para outras duas e um sol. Parte para outro desenho na margem da folha. Desenha na seqüência uma igreja evangélica (Igreja Universal), depois uma árvore e dois arbustos ao lado esquerdo da igreja. Do lado direito, desenha nesta ordem: a mãe (que diz ser Maria de Lourdes), o pai (que corresponde a um professor de futebol que conheceu na igreja e, que muito o tem apoiado, inclusive permitindo que o garoto o trate como pai da fé), a irmã (que não a vê há cinco anos) e por fim ele mesmo. Todas as figuras humanas são bem pequenas e com a mesma estrutura indiferenciada, tanto em gênero, como em tamanho. Destaca-se no desenho a Igreja pelo seu tamanho em relação às outras figuras, pelas cores e pela centralidade e o destaque que assume em todo desenho. Pudemos então entrar em contato com a importância da religião para a família e as dificuldades com relação a mãe-madrinha. Maria de Lourdes ficou incomodada por não poder participar mais intensamente do atendimento. Marcamos retorno para 15 dias depois.

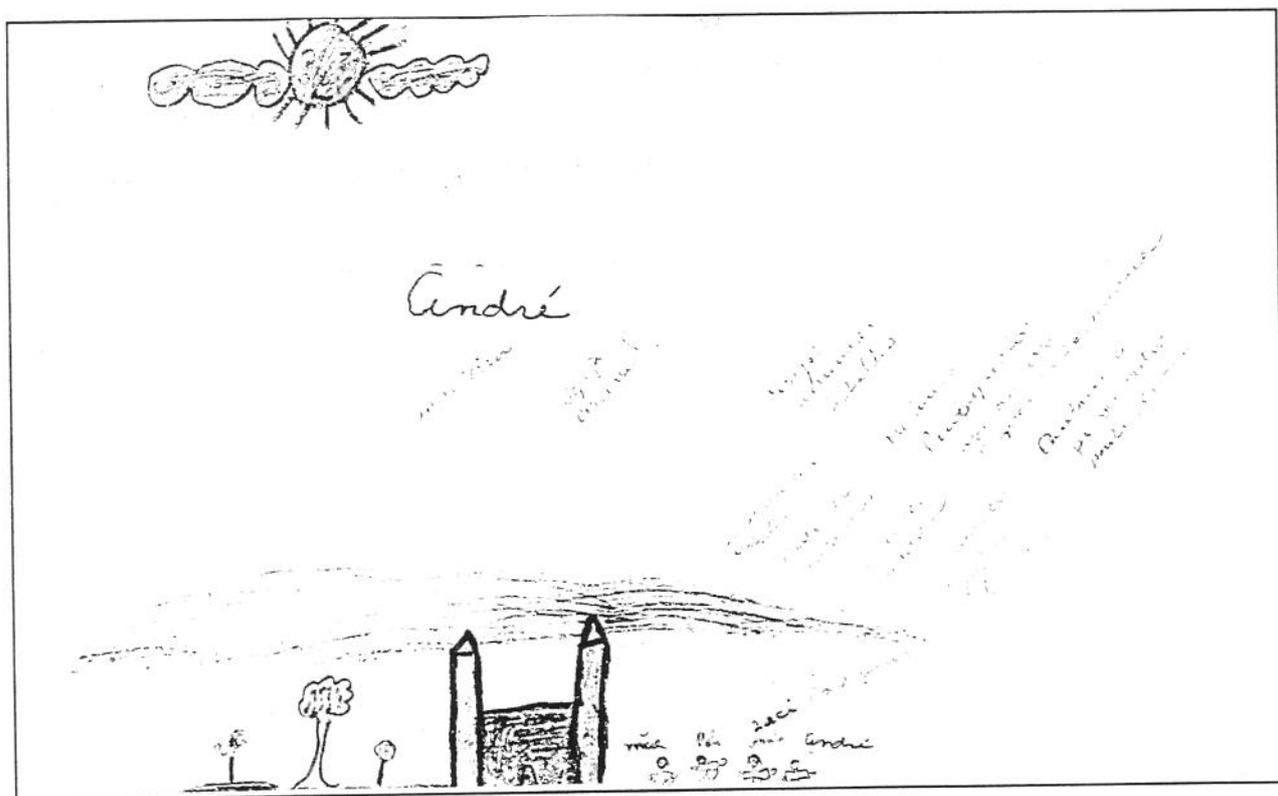


Figura 39: *desenho da família de André Wilson*

Não retornam conforme o programado. Reaparecem para retomar o atendimento um ano e cinco meses depois. Foram atendidos, inicialmente, por um aluno de 5º ano.

26 de setembro de 2000.

Mãe retorna, contando que no ano passado haviam iniciado acompanhamento com a equipe do Dr. Fernando devido às alterações de comportamento da criança, que apresentava-se agressiva e desobediente. Melhorou por um período, porém voltou a ficar agressivo, violento e até chegou, recentemente, a agredir um professor jogando-lhe uma cadeira. Foi, então, punido com três dias de suspensão. André refere que ele e o professor não se gostam. A escola pede para que procurem atendimento médico e psicológico com urgência. Encontra-se na quarta série. Tem bom desempenho escolar, porém tem problemas de comportamento na escola. Adora futebol.

Neste dia o aluno que o atendeu foi supervisionado por outro professor que o referenciou para mim para uma consulta que ocorreria apenas 1 mês depois.

26 de outubro de 2000.

Maria de Lourdes e André voltam conforme agendado e também porque ele está com dor de ouvido e febre há um dia. São atendidos por uma médica residente supervisionada por mim. Maria de Lourdes conta que a situação na escola se agravou muito. Quebrou vidraças, agrediu professor, agrediu colegas, ameaçou bater em outros e até correu o boato de que mataria um colega se este continuasse a lhe provocar. A situação agravou-se tanto que a diretoria da escola o afastou das atividades escolares por mau comportamento. Há 2 semanas, a mãe tem ido a escola para pegar as lições e provas que ele deverá fazer em casa. Esta suspensão das atividades é por tempo indefinido. Maria de Lourdes expressa todos seus medos com relação ao futuro da criança. Diz que se ele continuar assim irá devolvê-lo à “mãe verdadeira” e, ironicamente, diz que assim ele irá ver o que é bom. Diz também que ela não quer problemas para seu futuro, que acha que ele é ruim mesmo, que é de natureza ruim como seus pais verdadeiros.

Neste dia, compreendemos um pouco melhor o processo de relação entre Lourdes e o filho. Em separado, a residente pede a Maria de Lourdes que conte melhor como foi a adoção de André. Conta que há 6 anos atrás recebeu a tutela do menino, que foi conseguida em comum acordo com a mãe. Foi viver com Lourdes, quando tinha 2 anos e a irmã 3. Lourdes é sua madrinha de batismo. Na época, Lourdes já cuidava dos dois quando a mãe ia trabalhar. Diz em voz baixa, meio cochichada, que Leandra, a mãe biológica tinha vida “irregular e que nem sabe ao certo quem seria o pai”. André tem mais 3 irmãs, todas de pais diferentes. Teve contato apenas com a mais velha, Leci, que também foi cuidada por Lourdes.

Quando Leandra decidiu mudar-se de cidade, e levar os filhos com ela, Lourdes pede a ela para que possa ficar com André. Diz que até hoje, ele ainda tem contato esporádico com ela, casualmente, em casa de parentes. Leandra seria prima de Maria de Lourdes. Esta conseguiu a tutela, porém nunca conseguiu sentir-se mãe adotiva de fato. Sempre foi criticada por sua mãe e irmã de que havia errado ao assumir a tutela de André e que agora está percebendo este erro. Dizem que vai sofrer muito com ele ainda.

Pensa e ameaça André de devolvê-lo à Leandra. Depois fala que ele também a ameaça de ir embora. “Se ele quizesse ir... eu deixava”, diz com os olhos brilhando.

Quando perguntada a respeito se realmente não se sente mãe e porque se coloca sempre de forma indefinida como madrinha, tia e no máximo mãe-madrinha, conta que assim chamava sua mãe, pois ela, Maria de Lourdes, também é filha adotiva e sempre tivera pouco contato com sua “mãe verdadeira”. Sentimos que esta história pesava muito na que vem constituindo com André.

Com André, em separado, ficamos sabendo que aquele era o dia de seu aniversário. Disse que estava triste e arrependido com sua situação escolar. Diz que sempre se arrepende quando “fica violento”. Sente-se como se fosse outra pessoa e não consegue controlar-se. Como presente de aniversário diz que gostaria de poder voltar a frequentar a escola.

Ao exame físico, detectamos uma otite. Medicamos com antibiótico, Encaminhamos a mãe para um atendimento com uma psicóloga, que tem vindo alguns períodos ao serviço, que estuda processos de filiação adotiva e está se propondo a fazer orientação para pais adotivos. Maria de Lourdes aceita. Quanto ao afastamento da escola, enviamos a esta um pedido de relatório a respeito desta decisão e pedimos para que ele fosse readmitido o mais rápido possível. Marcamos retorno em 2 semanas.

8 de novembro de 2000.

Retornam dizendo que a diretora da escola não irá receber o aluno de volta. Recusou-se a fazer um relatório, e pede a mãe que nosso serviço então que faça um relatório, garantindo que André não irá mais “aprontar” nada na escola. Pede para que eu entre em contato telefônico com a diretoria da escola, para maiores esclarecimentos. Assim procedo.

O contato telefônico foi bastante revelador com relação a postura da escola. A vice-diretora, disse que André sempre dera trabalho na escola. Nenhum professor o aceita tranqüilamente. Apesar de ser inteligente e ter bom desempenho, sempre disputa com o professor a liderança da classe. Grandes tumultos já ocorreram. E já houve reclamação de outros pais devido as ameaças. Diz que várias vezes Maria de Lourdes havia sido orientada a procurar apoio médico, mas que nunca havia trazido um relatório a respeito de seu atendimento. Diz que a decisão da escola é não aceitá-lo mais lá este ano e rever a situação no próximo ano após terem certeza de que já está sendo tratado de seus problemas emocionais. Peço um relatório por escrito desta decisão e o tom da conversa pelo telefone se transforma. Pedem, então para que eu envie um relatório a respeito da situação psicológica de André. Informo a eles que pediremos então uma consulta ao conselho tutelar a respeito dos direitos da criança segundo o que está estabelecido no ECA.

No mesmo dia, peço à Coordenadora e à Assistente social do Centro de Saúde que encaminhem este pedido de consulta ao Conselho tutelar da cidade. Peço também que a psicóloga que já está atendendo Maria de Lourdes entre em contato com a psicóloga infantil da unidade para que possamos iniciar um atendimento multiprofissional da situação.

14 de novembro de 2000.

André inicia atendimento com a psicologia. Vem acompanhado pelo pai da fé, o professor de futebol. A assistente social do serviço decidiu entrar em contato direto com a escola, antes de efetivar qualquer denúncia ao Conselho Tutelar. Assim foi orientada pelo Conselho de direitos da criança e do adolescente.

27 de novembro de 2000.

Desta vez, é atendido por um aluno de 5º ano de medicina, que faz a seguinte anotação:

Q.D.: Continua fora da escola (há mais de 2 meses).

H.M.A.: Diretora ligou para a mãe há 4 dias e informou que André poderia retornar para a escola, mas quer um comprovante de que está em tratamento e já melhorou. Madrinha (~~mãe~~³²) vem sendo acompanhada por duas psicólogas para falar do menino. Este acompanha a madrinha mas não foi entrevistado até o momento, exceto a vez que veio com o pai da fé.

Madrinha refere que André melhorou muito pouco. Continua agressivo, vive brigando com todo mundo. Acha que não respeita ninguém” É intolerante, estúpido e rebelde”. Não cometeu mais furtos.

Continua freqüentando a escolinha de futebol do pai da fé. Ambos se gostam muito. Maria de Lourdes acha que isto lhe faz muito bem.

André quer voltar para a escola. A proposta da escola é que volte para a mesma sala e com o mesmo professor, que “disse que ele devia ir para o inferno”, o que foi revidado com agressão física por parte de André. Este se recusa a voltar para esta sala.

Tem também um problema com um colega desta sala que vive lhe provocando. Só tem um amigo próximo nesta escola.

Conversamos a respeito da possibilidade de tentarmos uma transferência de escola. Segundo Maria de Lourdes, isto seria impossível nesta época do ano, sendo que também ela considera esta uma boa escola. É a melhor escola pública da região, segundo ela. Diz que as outras são muito ruins, com problemas de drogas e marginalidade (sic).

Conduta: feito relatório a ser levado para a escola, dizendo do acompanhamento multiprofissional que André está recebendo neste Centro de saúde. Solicitado

³² Achei interessante reproduzir aqui a hesitação do aluno expressa no prontuário, quanto a forma de se referir à Maria de Lourdes, preferindo-a como madrinha e borrando a palavra mãe.

parecer da Assistente social a respeito do encaminhamento da questão ao Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

Anotação da Assistente social:

Tendo em vista a mãe informar que recebeu notícia da vice-diretora da escola de que André poderia retornar desde que a pediatria fornecesse uma declaração atestando que ele iria se comportar; efetuo contato com delegacia de ensino e solicito orientações à supervisora da escola em questão. Esta informa que até o momento não havia sido notificada de qualquer intercorrência com este aluno e que desconhece qualquer atitude de afastá-lo da escola. Propôs-se a intervir, imediatamente, junto a escola, visando a reintegração imediata da criança.

30 de novembro de 2000.

Assistente social recebe vice-diretora e coordenadora pedagógica da escola, que procuram voluntariamente o Centro de Saúde para justificarem o motivo pelo qual a criança havia sido afastada. Por diversas vezes, fazem questão de afirmar que este afastamento, não teria sido um impedimento, pois a criança poderia ter retornado se quisesse. O pedido para que só comparecesse a escola para pegar as tarefas e provas era só para se evitar maiores transtornos com professores e alunos que se queixavam dele.

Assistente social as informa das providências tomadas junto ao C.D.C.A. e ao C. T. pelo serviço, com respaldo no Estatuto da Criança e do Adolescente. Propôs que qualquer informação a este respeito, deveria ser feita de forma oficial pela escola e ser realizada com a minha presença.

19 de março de 2001.

André retorna com o pai da fé, para retomar atendimento. Conta que depois das iniciativas do Centro de saúde foram readmitidos na escola e André conseguiu passar de ano sem necessitar recuperação. O seguimento com a psicologia foi interrompido por questões de férias das profissionais e também do André. Já reagendaram retorno, e logo deverá ser retomada a psicoterapia. André está mais tranquilo e feliz por estar na 5ª série. Retorno agendado para um mês.

16 de abril de 2001.

André voltou a brigar na escola, pois diz que um garoto xingou sua mãe. Novamente, Lourdes foi chamada a escola e advertida. Conta que enquanto esteve na escola, duas crianças se aproximaram de André e lhe deram tapas na cabeça para provocá-lo. “A diretora não chamou a atenção de ninguém”, disse a mãe indignada. Quando confrontada por esta atitude, respondeu a mãe que este tipo de provocação era comum e bem diferente das realizadas por André.

O acompanhamento na psicologia continua irregular. Isto me preocupa. Tentarei marcar uma reunião da equipe para discutirmos como acompanhar a situação novamente.

14 de maio de 2001.

Lourdes me procura pedindo ajuda, pois a situação de André na escola se complicou muito. Há 10 dias, uma professora e uma inspetora de alunos fizeram um Boletim de ocorrência (B.O.), pois André as teria agredido fisicamente quando tentavam separá-lo de um colega numa briga. A situação na escola parece insustentável e o movimento todo é no sentido de que a criança e a família desistam de continuar lá.

Conversei bastante com Lourdes, que me contou as dificuldades que estão vivendo em casa: o tio (irmão dela) alcoólatra, a falta de dinheiro, o subemprego de

Lourdes, o risco de perdê-lo (é, segundo ela, telemarketing, de uma pequena empresa) e o pouco espaço dentro da casa e a constante agressividade deste tio para com André e para com ela. Este tio trata-o como se fosse um marginal, e André acaba se isolando em seu canto e só se dirige a ela com rispidez. Só têm encontrado conforto na Igreja e na amizade com Feliciano, o pai da fé. Tem sido difícil levar André para os cultos.

Foi chamada à Delegacia de Polícia para dar esclarecimentos a respeito do ocorrido na escola. O delegado propôs a ela algo para mim inusitado, mas que segundo ele, surtiu efeito com vários outros rapazes com comportamento semelhante ao de André. Sugeriu, que ele (delegado) poderia levar André para conhecer a FEBEM, e sentir como é duro ter que ficar internado lá, o que poderia ocorrer com ele caso continuasse com este comportamento. Lourdes me pergunta o que acho a este respeito. Repondo que acho um absurdo e me sinto autorizado para tentar impedi-la de tal atitude. Tento explicar do simbólico embutido nesta proposta e dou de encontro com sua maior angústia a respeito do futuro de André. Sente muito medo que ele se marginalize e acabe preso.

Como tenho reunião da equipe responsável pelo atendimento do André neste mesmo dia, peço a ela que aguarde até o retorno sem decidir nada. Marco retorno para uma semana.

No mesmo dia, em reunião da equipe, com participação da coordenadora do CS, das duas psicólogas, de uma das enfermeiras, de uma auxiliar de enfermagem e de outra pediatra, além de mim, decidimos tomar as seguintes iniciativas: 1. Agendar reunião urgente com o Conselho Tutelar, equipe do C.S. e representantes da escola para avaliarmos juntamente com mediação do conselho, as atitudes que estão sendo tomadas por parte da escola e da nossa parte; 2. Tentar encontrar outra escola, que pudesse ser preparada para receber André sem estigmatizá-lo; 3. Retomar amparo psicológico urgente para Maria de Lourdes; 4. Intensificar os retornos de André com a psicóloga que o atende; 5. Tentar oferecer mais alternativas de contato social além da escola e da relação com a mãe e o tio; 6. Solicitar ao Conselho Tutelar, que acompanhe todo o processo de assistência oferecida à André e sua família.

21 de maio de 2001.

André retorna com a mãe. Está em crise de bronquite há 5 dias. Passou um pouco melhor da semana passada para esta, sem grandes conflitos em casa. Feliciano tem conversado muito com ele, principalmente depois de um incidente de indisciplina e agressividade na escolinha de futebol.

Atendi a crise de chiado. Prescrevi inalação e quando retornou para reavaliação estava melhor. Pedi, então, a ele que fizesse a dinâmica da mão e os desejos a serem alcançados. Ficou feliz com a tarefa, porém continuava com a cara séria e com a dificuldade de sempre para me olhar nos olhos.

Fez dois desenhos o primeiro altamente desejante de relações afetivas mais afetuosas e ternas. Fiquei comovido com esta expressão. O segundo, novamente a meu pedido, para que pudéssemos sair da consulta mais alegres, com desejos mais concretos, que dissessem um pouco das expectativas que ele tem para a vida. Este segundo desenho me proporcionou uma idéia, que revelarei em seguida. Os desenhos foram reproduzidos e encontram-se nas figuras 40 e 41.

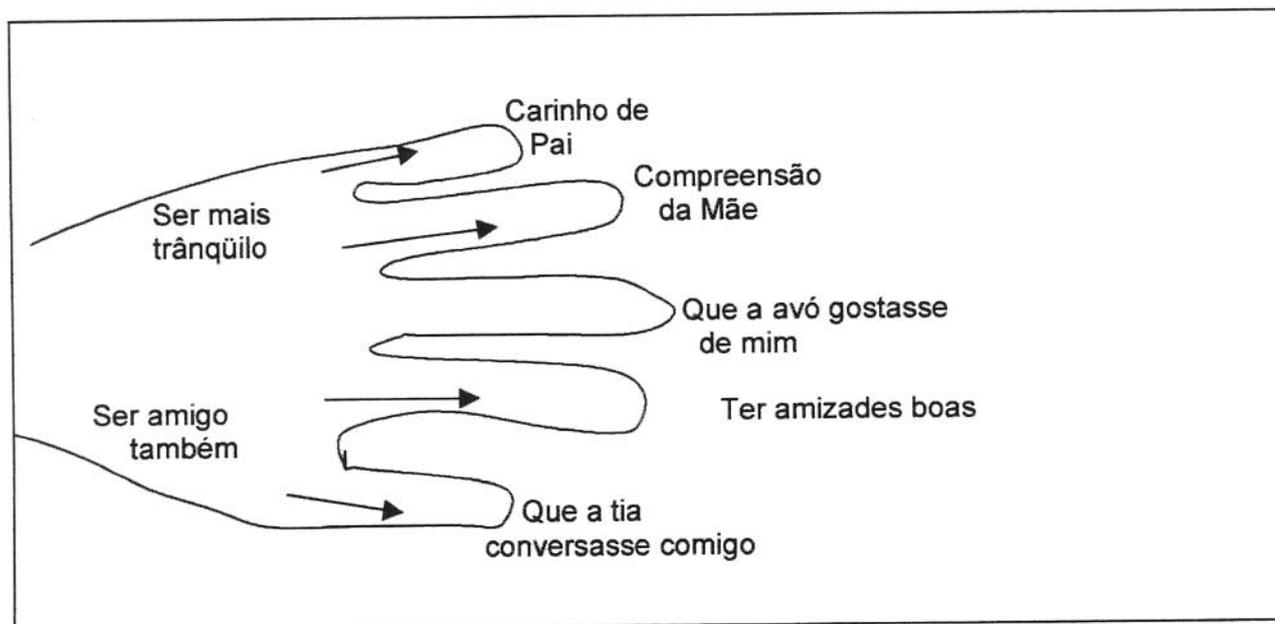


Figura 40: Os desejos de André Wilson (primeira etapa)

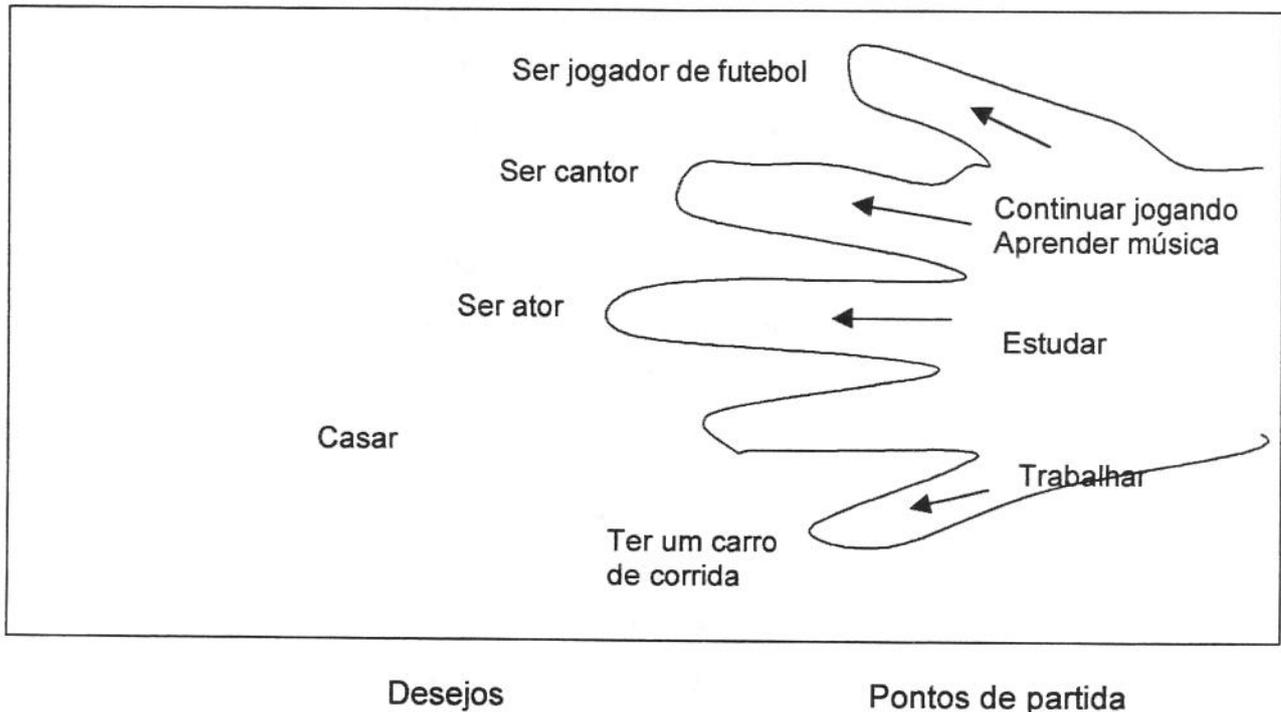


Figura 41: Os desejos de André Wilson (Segunda etapa)

Após observar este desenho, tive a idéia de tentar conseguir uma bolsa para André estudar teatro numa Escola de Artes que conheço. Propus a idéia à assistente social que achou excelente. Ficamos de entrar em contato com os professores.

Ao final do atendimento, apresentei as propostas definidas em reunião para Maria de Lourdes. Esta já havia abandonado a idéia da visita à FEBEM. Orientei o tratamento da crise de bronquite e marquei novo retorno comigo. A partir desta consulta, passei a atendê-lo diretamente, sempre que me foi possível.

Através das ações definidas em equipe fomos conseguindo dar conta de umas e desistindo de outras. Foi impossível a reunião conjunta da escola e do Centro de Saúde com acompanhamento do Conselho Tutelar. Conseguimos mais uma vez que André fosse readmitido na escola via ação do Conselho, pois mais uma vez a escola o excluiu, desde que houvera a situação do B.O.. Após várias tentativas de agenciamentos por

parte da assistente social com várias escolas da região, conseguimos uma nova escola para André.

Conseguimos a bolsa de estudo na escola de teatro. Foi muito bem aceito lá, tanto pelos professores como pelos colegas. Inicialmente fiquei preocupado que algum evento agressivo pudesse ocorrer lá também. Dei-me conta do quanto é forte este fluxo das profecias auto-realizadoras. Até eu, que me achava lutando tanto contra o rótulo e o preconceito, estava, de certa forma, à mercê destes sentimentos. No entanto, para confirmar que o esforço ético da perseverança de que a força do desejo, através do *êthos*, supera tudo, a adaptação lá foi muito boa e, nunca ocorreram situações constrangedoras neste espaço desejante.

Em setembro de 2001, André é transferido de escola. A adaptação é relativamente tranqüila. Fazem alguns retornos para questões de exames laboratoriais e em alguns destes retornos ainda existem queixas de dificuldades nas relações em casa. A tia e o primo mais novo estão convivendo mais com ele. Passa algumas tardes com eles.

Em dezembro, recebemos o convite para assistirmos a apresentação de final de ano da Escola de Teatro. André Wilson será o *cachorro* de uma encenação, montada pelos alunos do Teatro, da *Revolução dos bichos* de George Orwell. Quem foi a peça ficou muito emocionado, contou-me a assistente social.

Em 2002, prosseguimos acompanhando a evolução de André Wilson. Sentimos orgulho de nosso trabalho em equipe. Chegamos a apresentá-lo me reunião de Capacitação promovida pela Secretaria de Saúde. Em algumas ocasiões ocorreram momentos de piora. O processo psicoterapêutico de André e de Lourdes não foi muito adiante. Lourdes não aceitou muito a idéia de participar de grupos de pais, André diz estar cansado da psicoterapia. Em março, nos reunimos para refazer o projeto terapêutico para eles. A proposta foi tentar terapia familiar para ambos e nos aproximarmos mais das escolas. A escola pública tem sido muito receptiva ao nosso trabalho e também as necessidades de André e Maria de Lourdes. Esta tem sido solicitada para estar mais presente nas atividades da escola, o que tem ajudado muito na aceitação de André em todos os sentidos, familiar, escolar, no futebol, etc.

Para uma semiologia *autopoietica* do vínculo

O conhecimento do conhecimento obriga. Obriga-nos a assumir uma atitude de permanente vigília contra a tentação da certeza, a reconhecer que nossas certezas não são provas da verdade, como se o mundo que cada um vê fosse **o mundo** e não **um mundo** que construímos com os outros. Ele nos obriga, porque ao saber que sabemos não podemos negar que sabemos.

(MATURANA, Humberto & VARELA, Francisco José, 2001, p. 267)

Chegar ao fim de um percurso árduo e perguntar de que tudo isto fez sentido. O caminho fez sentido para mim. É claro. Já não sou mais o mesmo quando o iniciei. No entanto, este meu caminho só faz sentido se do *êthos* que foi transformado egendre o movimento da *ética imanente*. Este movimento já se faz no cotidiano. Agora com este trabalho, esta ética amplia-se para outros territórios. Espero que inclusive nos meus traga sentido. É chegado o momento de síntese, não para indicar uma seqüência de várias normas ou uma receita de uma semiologia do vínculo na relação médico-paciente, mas sim para apontar, como pretendo desde o momento de definir os objetivos deste trabalho, elementos que podem suscitar reflexão no caminhar de cada um que quiser estar atento a seu processo *autopoético* na constituição de seus vínculos, pois sem eles não se é feliz. Talvez nem seja possível sobreviver. No território do trabalho isto também é verdade.

O primeiro ponto para a reflexão diz respeito à possibilidade ou não de se pretender ter vínculo, quando se representa o papel de lugar-tenente de um discurso: a Medicina. Creio que todo o percurso da tese aponta para uma resposta afirmativa a esta questão. Ou seja, o percurso nos mostra que o concreto do que se vive como médico em contato com o outro e seu corpo vibrátil é que esta situação é sempre singular. Se por

um lado guarda alguma similitude com outras e com modelos, quase sempre o que emerge é a singularidade de cada situação. Isto não implica em supressão do saber que a Medicina nos oferece. O evento convulsivo na maioria das vezes responderá bem ao benzodiazepínico, assim como o choque hipovolêmico necessita sempre infusão de solução cristalóide isotônica, como ainda boa parte das pneumonias respondem à penicilina. No entanto, o que estamos apontando que o que é percebemos como certo em todas as situações é sempre a presença de uma singularidade. Assim como cada instante vivido é singular. Até mesmo no âmbito da tecnologia dura e intermediária é necessário estar atento as singularidades das respostas aos medicamentos, às doses mais adequadas, à extensão dos acometimentos, às intensidades dos sintomas e sinais, etc. Em síntese, o cotidiano de trabalho nos impõe a realidade do singular e a ela devemos nos adequar.

Entretanto, é quando o desejo se manifesta com suas mais variadas intensidades e as necessidades se mostram distantes do que nos programamos para atender é que devemos nos utilizar da prudência. São nestes momentos de empatia e de comunicação vibrátil que deve imperar a avaliação concreta do *potencial* que a *situação* nos oferece para a *extensão* de nosso vibrar e assim gerar *disposição*. Creio, que neste percurso me foi ficando claro que algumas questões sempre nos devem tornar-se presentes. Devem aparecer em diferentes níveis de decisão:

Primeiro nível. Talvez, estas questões sempre devam nos guiar: Que missão exerço neste exato instante? Em que posição da cadeia de cuidado estou? Poço ajudar? Devo resolver? Devo compreender mais a situação? Devo encaminhar? Devo acompanhar a evolução? Devo não agir?

Segundo nível. Se identifico que posso ajudar, devo continuar me questionando: quais são as possibilidades de ajuda que posso oferecer? Em que contexto estou? Estou bem para ouvir? Poderei ser congruente com o que estou pensando a respeito da situação que me é colocada?

Terceiro nível. Se identifico que devo resolver, antes de fechar um diagnóstico ou uma proposta terapêutica, acredito que devemos sempre nos perguntar: há algum desespero a ser atendido?, estou percebendo tal possibilidade ou devo perguntar ao paciente?, que medo está por trás da queixa que ele me apresenta?, estou atento a pequenos sinais de que o que quer ser comunicado extrapola a queixa?, o medo é explícito ou devo perguntar?, será que minha hipótese com relação ao medo é real?, devo confirmá-la com o paciente?, este momento é o mais adequado?

Quarto nível. Se acredito que devo compreender mais a situação, devo então me questionar: posso aprofundar meu contato com a situação concreta neste momento, ou devo criar uma situação para prosseguir em outra ocasião?, quais são os riscos de aguardar esta ocasião?, quais são os contextos subjetivos que necessitam ser melhor explorados?, a dinâmica familiar?, a dinâmica escolar?, as relações com os amigos da rua?, o grupo?, o trabalho?, a falta de trabalho?, os desejos abandonados? a conjugalidade?, a maternagem?, a aceitação do filho?, que tipo de filiação se estabelece na situação avaliada?, que outras adversidades podem estar vulnerabilizando o paciente, sua família, ou a situação?

Quinto nível. Sempre que alguma situação vulnerável torne-se evidente, deve-se perguntar se é possível identificar as forças que poderão criar potência para se superar as adversidades: qual é a resiliência das pessoas envolvidas?, qual é a resiliência pessoal, familiar, ou ainda do grupo ao qual estão inseridos?

Sexto nível. Se devo encaminhar: qual é o meu papel neste encaminhamento?, devo acompanhar o paciente?, devo realizar uma adequada referência?, o que o paciente compreendeu deste encaminhamento?, que angústias foram geradas?, até onde vai minha responsabilidade com relação se o encaminhamento foi realmente efetivado?, em quanto tempo poderei ter um retorno do paciente para que eu me certifique de que o encaminhamento se efetuou?

Sétimo nível. Se devo acompanhar a situação: que tipo de contrato devo fazer para que o acompanhamento ocorra?, o que devo negociar?, que contexto o paciente está acoplado?, será possível?, estou criando situações reais de disponibilidade?

Oitavo nível. Se devo não agir: o que poderá me garantir que esta situação é a mais correta?, qual a garantia de que qualquer dúvida poderá ser solucionada?

Tais perguntas fazem parte de nosso cotidiano, porém nos parecem de forma pouco sistemática e, felizmente, quando aparecem, ocorrem quase sempre de forma intuitiva. Acredito que muitas outras podem ocorrer a vocês e que não foram incluídas neste meu extenso rol. Entretanto, acredito que pontuá-las nos aproxima de um elemento que pretendo colocar para nossa reflexão que diz respeito aos limites de nossa atuação sempre atenta à sua missão. Tanto no que se refere a capacidade de *ajudar*, quanto a capacidade de resolver.

De fato, os momentos em que nos sentimos *resolvendo* uma situação são muito poucos. A maioria depende muito de como irá reagir o paciente. Ou seja até mesmo nestas situações, o que mais fazemos é estar ajudando o outro a resolver-se. Poder estar nas cadeira de cuidado da promoção de *autonomia* da existência das pessoas já é um grande privilégio e um grande poder. Sabemos bem dele, ou não?

Acredito após todo este percurso, que os limites de nossa atuação se fazem num caminho singular, que cada um faz em sua *autopoiese* como pessoa que também atua como médico. Porém este caminho não necessita ser trilhado na solidão. Pode-se fazer com *resiliência*, com a ajuda de todos aqueles que nos acompanham neste cotidiano de cuidado ao outro. Falo das possibilidades do potencial da situação para o trabalho em equipe.

Aqui chega-se um outro ponto para reflexão sobre a semiologia do vínculo. O chamarei de *potencial de situação*. O mesmo que o estrategista de guerra chinês utiliza para enfrentar uma situação que se coloca em algum momento decisivo e difícil, como os inúmeros que encontramos em nosso caminho. François Julien nos escreve a esse respeito no *Tratado da Eficácia*;

[...] O estrategista chinês, em vez de elaborar um plano, projetado sobre o futuro e que conduz ao objetivo fixado, e depois definir o encadeamento dos meios mais adequados para realizá-lo, parte de uma avaliação minuciosa da relação de forças em jogo para apoiar-se nos fatores favoráveis implicados na situação e explorá-los

continuamente por meio das circunstâncias encontradas. Sabe-se que as circunstâncias são com frequência imprevistas, imprevisíveis mesmo, e até totalmente inéditas, e é por isso que não se pode traçar um plano prévio; elas contêm em contrapartida, um certo potencial que graças à nossa maleabilidade e à nossa disponibilidade, podemos aproveitar”. (JULLIEN, 1998, p. 54)

Mas como avaliar o potencial da situação em nosso caso? Acredito que a avaliação minuciosa encontra-se no constante aproximar que devemos ter de nossas conexões com quem participa conosco desse caminhar. É necessário conhecer quem faz parte de nossa equipe. Romper com preconceitos e se abrir para o contato, descobrir a verdadeira disposição situacional de cada um para construir seu relacionamento com ela. Mas também devemos lembrar que nossa disposição individual também é situacional e devemos nos habituar a observá-la: nosso estado de ânimo (quantas vezes não somos atingidos diretamente por um sonho, ou alguma notícia no jornal que nos descontrola), nosso sentimento de fundo, nosso humor, nossa capacidade de atenção (tão invadida por nossas preocupações pessoais, pela mídia, pelos apelos do consumo), nossa atualização com os recursos tecnológicos que dispomos para atuar, nossa reflexão a respeito de sua validade, etc.

Outra avaliação minuciosa que devemos fazer da situação, e que diz respeito aos sujeitos envolvidos nela é a questão ética que envolve a todos: a constante avaliação de como está a atualização da missão em que estamos envolvidos. Aqui acredito que as possibilidades de atuação em equipes, as possibilidades de participação nos processos de gestão dos serviços em que estamos inseridos é fundamental e facilitadora desta avaliação.

Com relação ao território, “as condições topográficas” dos serviços, precisamos estar atentos a todos os recursos que podemos dispor para atuar, bem como toda qualidade. Acredito que desde a disposição de móveis, como as condições de higiene, os cuidados sutis como a organização de um lençol numa maca, são detalhes sutis mas que revelam boa parte da subjetividade a qual nos acoplamos para atuar junto ao outro.

As condições externas também devem ser avaliadas e constantemente reatualizadas. Os ventos políticos e institucionais em seus mais diversos agenciamentos, desde os intrapsíquicos que relutamos em aceitar até os extra, em todas suas intensidades sejam elas em nível micro ou macropolítico.

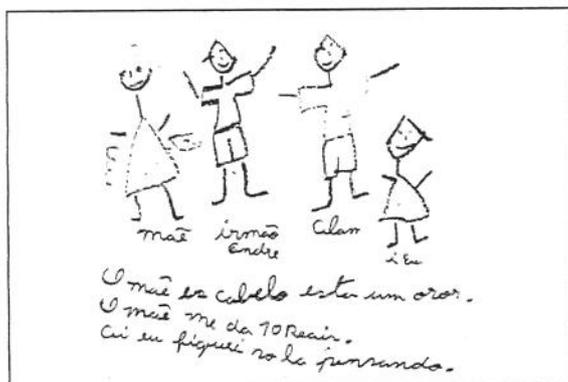
Estas “leituras” que estou apontando são normalmente feitas de forma não consciente e quase sempre no sentido de justificar o porque de nossa pouca disposição. Quando a situação é adversa, quase sempre temos esta tendência, ao esmorecimento, a baixa potência. O que estou propondo aqui é uma observação consciente, atenta da situação, para através dela encontrar potência para a ação. Como nos diria o estrategista chinês, através de François Jullien (1998): “o sucesso é predeterminado pela situação”.

Chegamos então a situação de quem nos procura e a situação em que nos encontramos com ele. Creio que aqui, todo nosso esforço de percurso contribuiu para estar atento ao sutil do vibrar do outro. A leitura de gestos, de palavras de comunicações não verbais, bem como a leitura do quanto este ou estes sujeitos nos emocionam, nos tocam é fundamental. A disposição nos potencializa, a conexão mais ainda e a possibilidade de vínculo nem se fala...

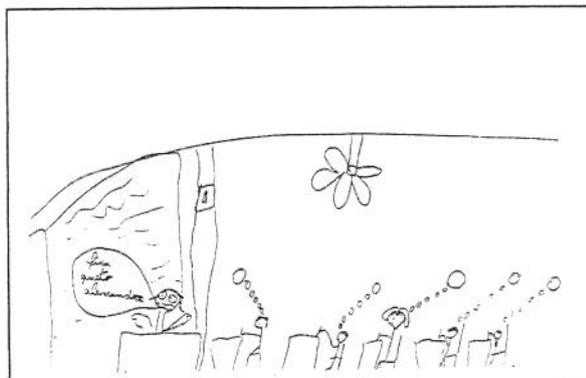
Espero ter contribuído de alguma forma com a autopoiese de cada um em seu caminho extremamente rico, pois nestes caminhos percorrem com certeza, se é possível ter alguma, toda a possibilidade do fluir a aceitação do outro como legítimo outro. Em outras palavras: a possibilidade da inclusão amorosa.

Chego ao final, percebendo algo novo a respeito desta energia tão biológica que nos constitui como seres sociais. Percebo que amar é tocar o outro com todos os sentidos possíveis na convivência possível, lutando sempre contra os preconceitos que nos pegam e contra os apegos que impeçam o fluir legítimo do outro. Isto tudo, respeitando a si próprio, atento a seus limites, e mais atento, ainda às suas possibilidades. Lembre-se sempre: a realidade é sempre singular. Só a singularidade existe. A subjetividade é objetiva e pode sempre ser considerada a favor das decisões e não contra elas. Deixo-os, meus possíveis leitores, com algumas figuras de desenhos de alguns pacientes que não foram incluídos no estudo. Observe-as, primeiramente, em

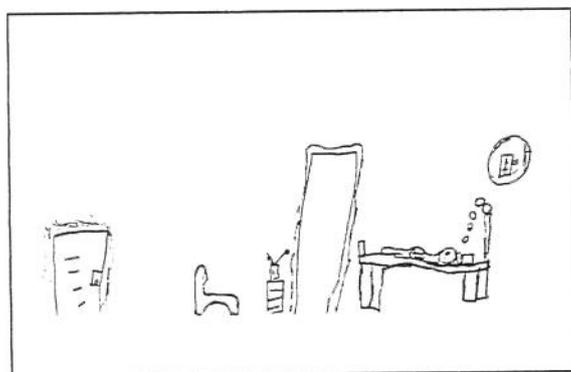
conjunto, e em seguida observe-as uma a uma. Sinta comigo todo o potencial da singularidade e da subjetividade.



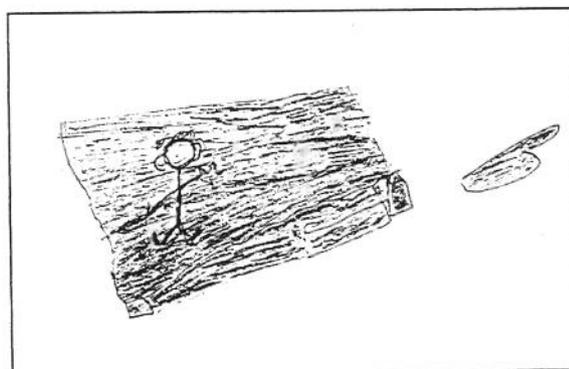
A família de Cleo



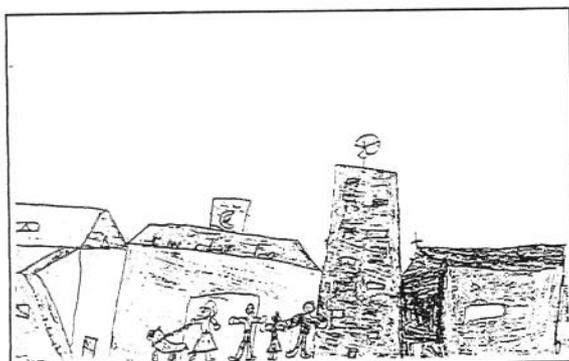
A sala de aula



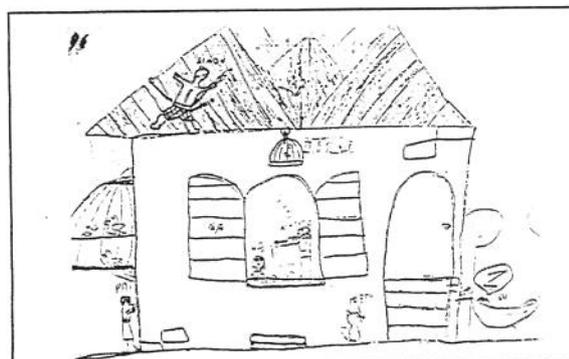
O medo de Arthur



A enurese de Sílvio



Um passeio em família



A família de Bruno aos domingos

Figura 42: Conjunto de alguns desenhos de crianças não incluídas no estudo

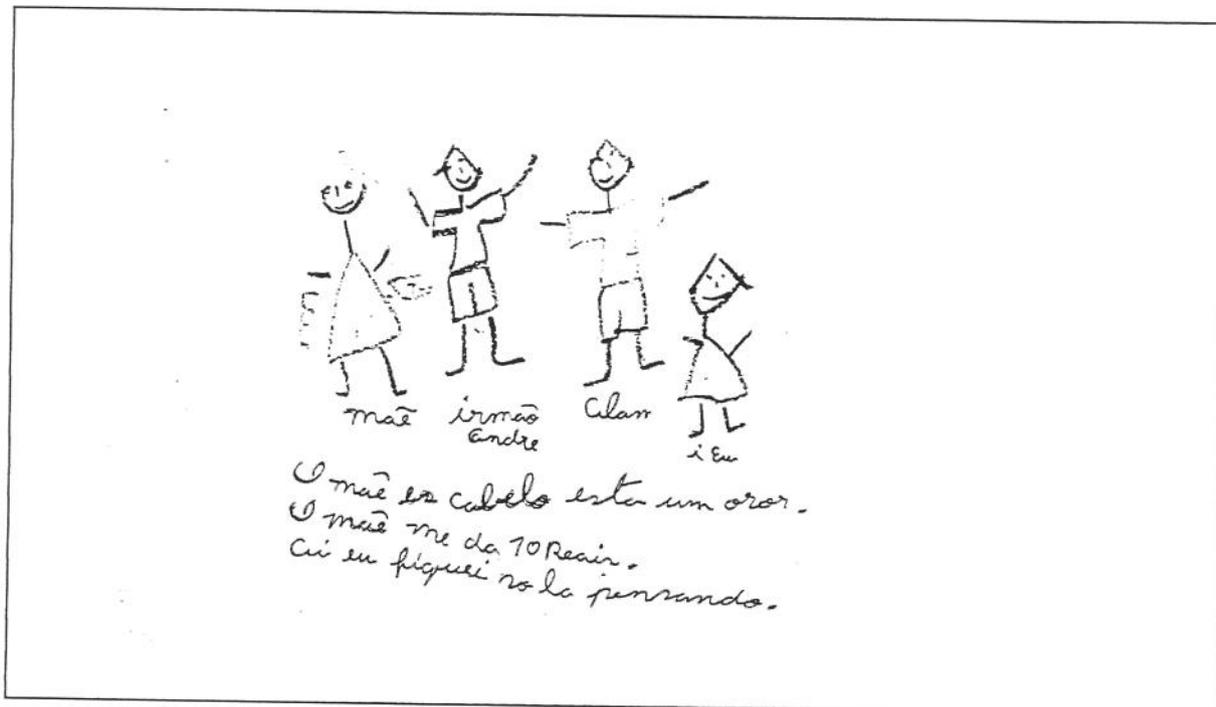


Figura 43: A família de Cleo

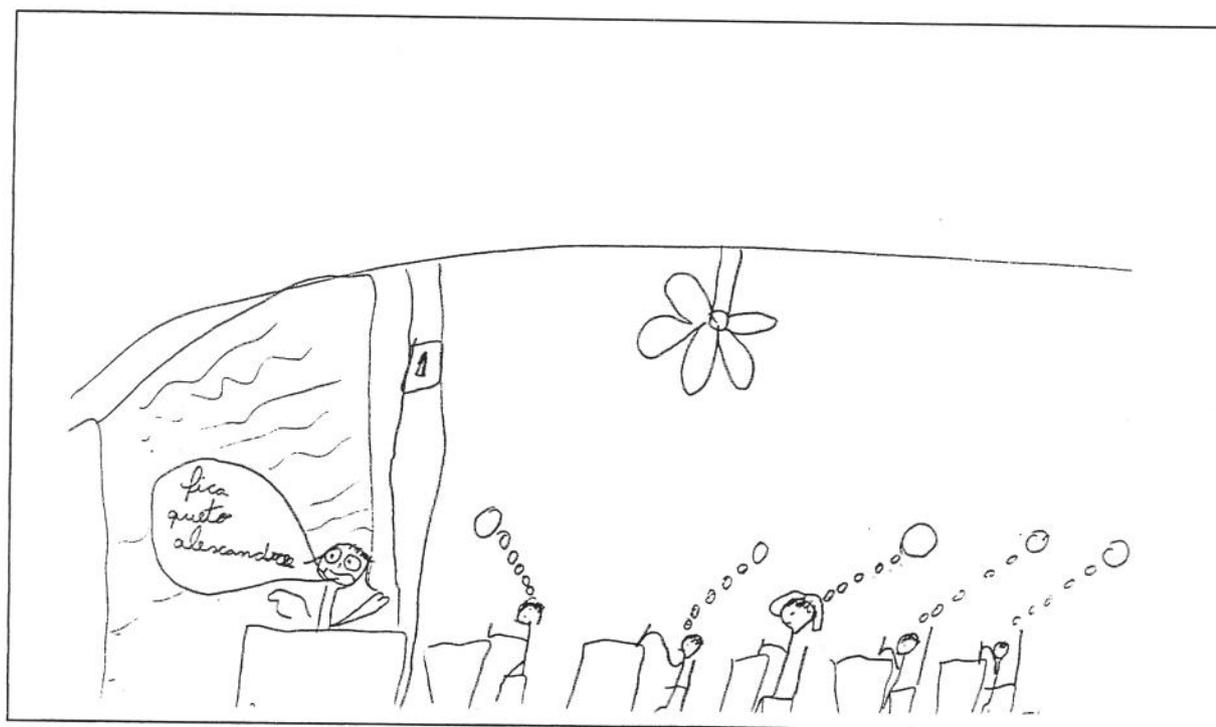


Figura 44: A sala de aula

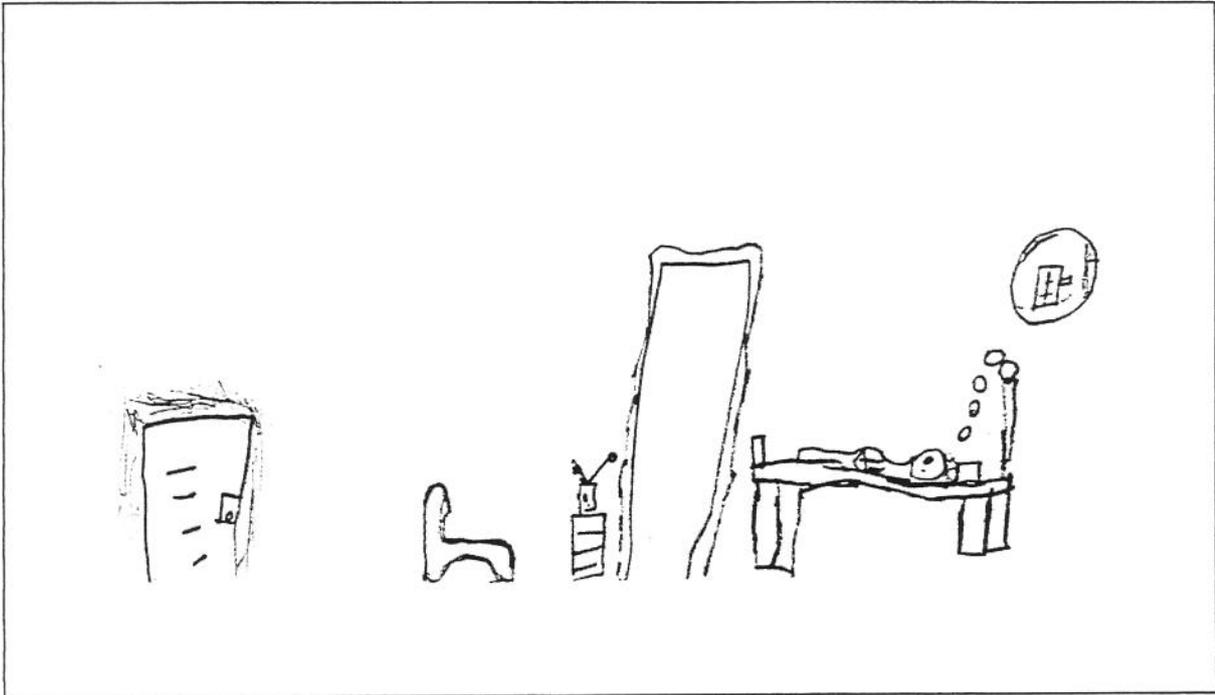


Figura 45: *O medo de Arthur*

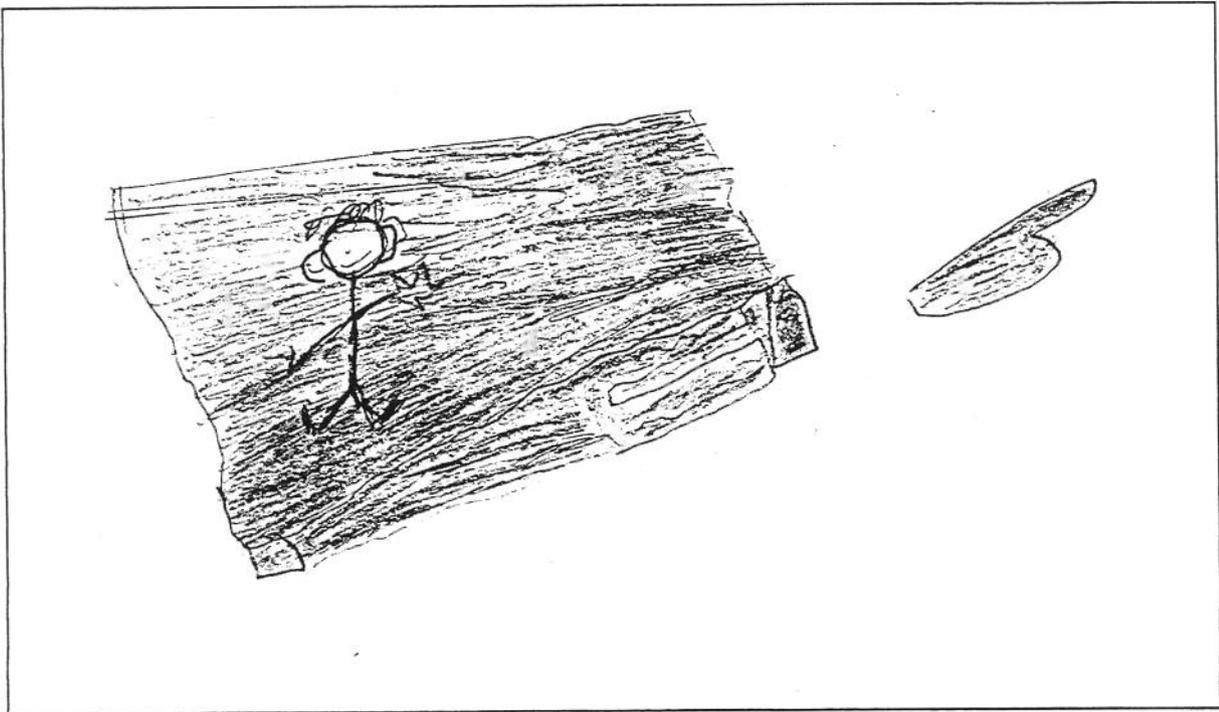


Figura 46: *A enurese de Sílvia*

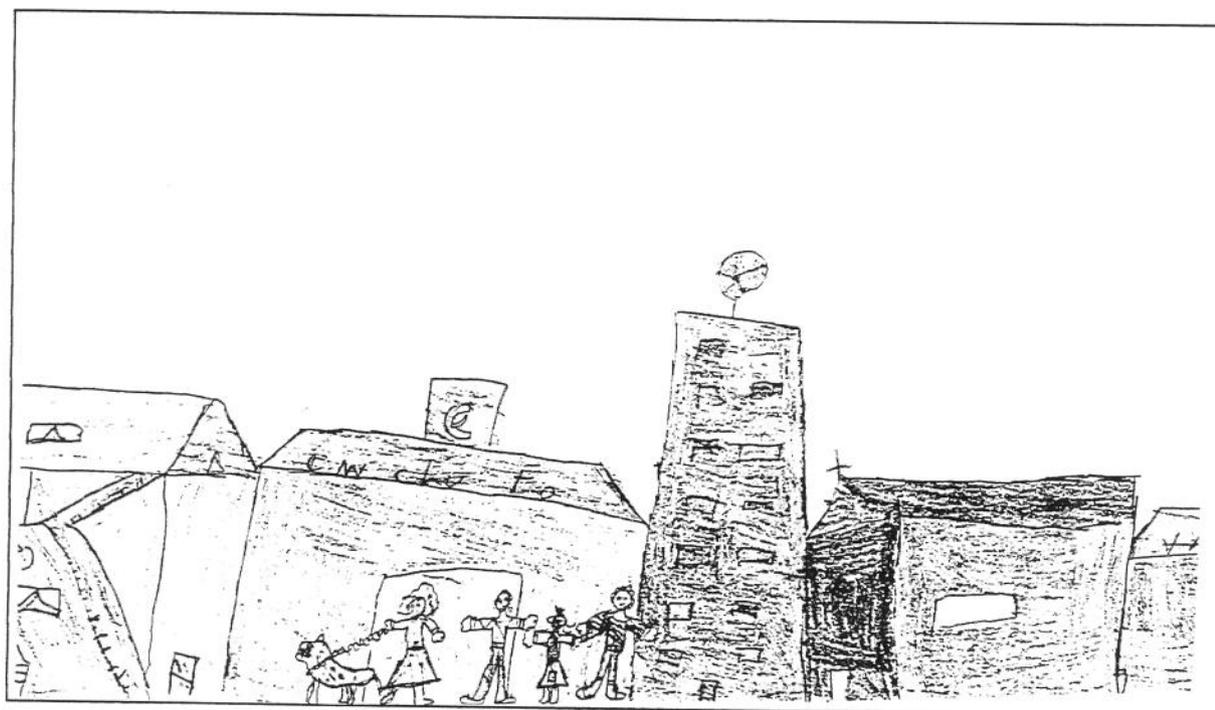


Figura 47: *Um passeio em família*

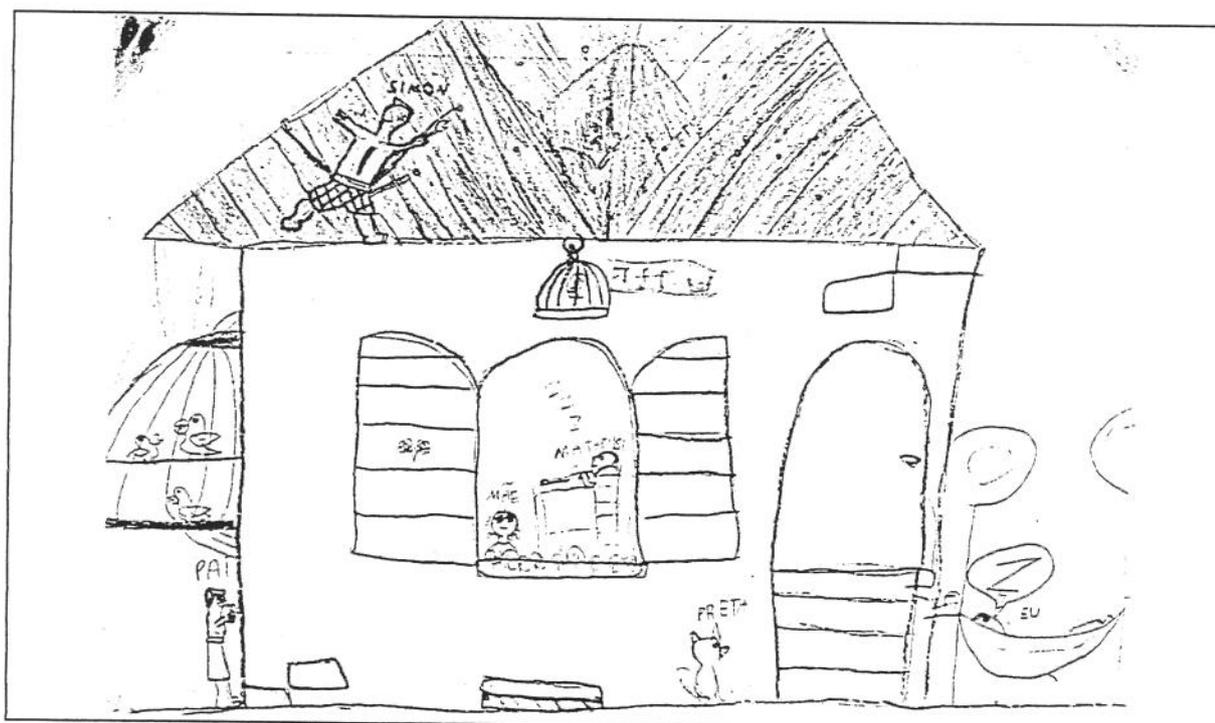


Figura 48: *A família de Bruno aos domingos*

Bibliografia

ARISTÓTELES (2000) *Retórica das Paixões*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 2000. (Introdução, notas e tradução do grego de Isis Borges B. da Fonseca e prefácio de Michel Meyer; título original: *TEXNHE PHTORIKHE B (I-XI)*, Societé d'Éditions Les Belles Lettres, 1991).

BOADELLA, D (1992) *Correntes da vida: uma introdução à Biossíntese*. São Paulo, Summus Editorial, 1992. (Tradução do inglês por Cláudia Soares Cruz; título original: *Lifestreams, na introduction to Biosynthesis*, 1985).

BOAL, A. (2000) "A estrutura da interpretação do ator". In: _____ (2000) *Jogos para atores e não atores*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 3ª ed., 2000. pp. 59-83.

BOWLBY, J. (1997) *Formação e rompimento de Laços Afetivos*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 3ª edição, 1997. (Tradução da língua inglesa por Álvaro Cabral; título original: *The making and Breaking of Affectional Bonds*, 1979). 228pp.

CAMPOS, F. C. B. (1992) "Saúde Mental e o Processo Saúde-Doença: a Subjetividade na Afirmação/Negação da Cura". In: _____ *Psicologia e Saúde: Repensando as Práticas*. São Paulo, Editora HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G. W. S. (2000) "Debate com algumas categorias sobre o Sujeito" In: _____ (2000) *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo, Editora HUCITEC, 2000.

CANETTI, E. (1995) *Massa e Poder*. São Paulo, Editora Companhia das Letras, 1995. (Tradução do alemão por Sérgio Tellaroli; título original *Masse und Macht*, Classen Verlag, GmbH, Hamburg, 1960).

CAPRA, F. (1997) *O Ponto de Mutação*. São Paulo, Editora Cultrix, 1997. (Tradução do inglês por Álvaro Cabral; título original *The Turning Point*, 1982).

_____ (1995) *Sabedoria Incomum: Conversas com Pessoas Notáveis*. São Paulo, Editora Cultrix, 1995. (Tradução do inglês por Carlos Afonso Malferrari: título original: *Uncommon Wisdom: Conversations with Remarkable People*, 1988).

CARDOSO, S. (1987) "Paixão da Igualdade, Paixão da liberdade: Amizade em Montaigne". In NOVAES, A. *Os Sentidos da Paixão*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

CHACRA, F. C. (1995) *Necessidades de Saúde e Diagnósticos Médicos: Crianças em Idade Escolar, seus incômodos e o Desejo de Comunicação com a Medicina*. Campinas, Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-UNICAMP, 1995.

CHAUÍ, M. (1981) "Notas sobre a cultura popular" In: _____ (1981) *Cultura e democracia*. São paulo, Editora Moderna, 2ª edição, 1981.

_____ (1987) "Sobre o Medo". In: NOVAES, A. *Os Sentidos da Paixão*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

_____ (1988) "Janela da Alma, Espelho do Mundo". In: NOVAES, A. (org.) (1988) *O Olhar*. São Paulo, Companhia das Letras, 1988, pp.31-63.

_____ (1990) "Laços do Desejo". In: NOVAES, A. (org.) (1990) *O Desejo*. São Paulo, Companhia das letras, 1990, pp.19-66.

_____ (1994a) *Convite à Filosofia*. São Paulo, Editora Ática, 1994.

_____ (1994b) "O Desafio filosófico de Espinosa". *Folha de São Paulo*, Caderno Mais!, Seção livros, 9 de janeiro de 1994: 6-11.

_____ (1995) "Espinosa: a Alma Idéia do Corpo". In: JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. (1995) *Corpo-Mente: uma Fronteira Móvel*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

_____ (1999) "O Ser absolutamente Infinito e as coisas Singulares". In: _____ (1999) *A Nervura do Real: Imanência e Liberdade em Espinosa*. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

CLAVREUL, J. (1983) *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1983. (Tradução do Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Júnior. Título original: *L'Ordre Médical*, Éditions du Seuil, 1978).

DAMÁSIO, A. R. (2000a) *O Erro de descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. São Paulo, Companhia das Letras, 5ª reimpressão, 2000. (Tradução do inglês por Dora Vicente e Georgina Segurado; título original: *Descartes' error: Emotion, Reason and the Human Brain*, 1994).

_____ (2000b) *O mistério da Consciência: do Corpo e das Emoções ao Conhecimento de Si*. São Paulo, Companhia das Letras, 2000. (Tradução do inglês por Laura Teixeira Motta; título original: *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999).

DEIKMAN, A. J. (1996) " 'I' = Awareness". *Journal of Consciousness Studies*, 1996, 3 (4): 350-6).

DELAY, J & PICHOT, P. (1973) *Manual de Psicologia*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara-Koogan, 3ª edição, 1973. (Tradução do francês por Edmundo Haas; título original: *Abregé de Psychologie*, Masson & Cie Éditeurs, 1967).

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. (1995) *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro, Editora 34, volume 1, 1995. (Tradução do francês coordenada por Ana Lúcia de Oliveira; título original: *Mille Plateaux*, Les Éditions Minuit, Paris, 1980).

_____ (1992) *O que é a Filosofia?*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992. (Tradução do francês por Bento Prado Júnior e Alberto Alonso Muñoz; título original: *Qu'est-ce que la Philosophie?*, 1991).

DELEUZE, G. (1997) *Crítica e clínica*. Rio de Janeiro , Editora 34, 1997. (Tradução do francês por Peter Pál Pelbart; título original: *Critique et clinique*, Les Éditions de Minuit, 1993).

DeIVOLGO, M. J. (1998) *O Instante de Dizer: o Mito Individual do Doente na Medicina Moderna*. São Paulo e Goiania, Editora Escuta e Editora da UCG, 1998. (Tradução do francês por Martha Gambini, título original *L'Instant de dire, le Mythe indiduel du Malade dans la Medicine Moderne*; Editions Érès).

DENNETT, D.C. (1991) *Consciousness Explained*. Boston, Little, Brown & Co., 1991.

DOLTO, F. (1988) *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 4ª edição, 1988. (Tradução do francês por Álvaro Cabral; título original: *Psychanalyse et Pédiatrie*, Éditions du Seuil, 1971).

_____ (1984) *No Jogo do Desejo: ensaios clínicos*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1984. (Tradução do francês por Vera Ribeiro; título original: *Au jeu du Désir – Essais cliniques*, Éditions du Seuil, 1982).

_____ (1990) “O Conceito de Adolescência: pontos de partida, pontos de ruptura”. In: _____ (1990) *A Causa dos Adolescentes*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1990.

ESPINOSA, B. (1983) *Ética: Demonstrada à Maneira dos Geometras*. São Paulo, Editora Abril Cultural, 3ª edição, 1983. (Tradução do alemão, com consultas a outras versões em latim, alemão, francês, inglês e italiano, por Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e Antônio Simões; título original *Spinoza Opera*, im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften herausgegeben von Carl Gebrardt, vol. II, Carl Winter Ed.).

FREUD, S. (1978) "Cinco Lições de Psicanálise". In: SALOMÃO, J. (seleção de textos) *Os pensadores*. São Paulo, Abril Cultural, 1978. (tradução do inglês por Durval Marcondes e J. Barbosa Correa; título original: *Five Lectures on Psychoanalysis*, 1910).

_____ (1970) *Totem y Tabu*. Madrid, Alianza Editorial, 4ª edição, 1970. (Tradução do alemão para o espanhol de Luis López-Ballesteros y de Torres; título original: *Totem und Tabu*, Sigmund Freud copyright Ltd., Londres, 1966)

FELDENKRAIS, M. (1979) *Caso Nora, Consciência Corporal como Fator Terapêutico*. São Paulo, Summus Editorial, 1979. (Tradução da língua inglesa por Maria Sílvia Mourão Netto; título original: *The case of Nora*, 1977).

GEERTZ, C. (1988a) "Being There: Anthropology and the Scene of Writing". In: _____ *Works and Lives: the Anthropologist as Author*. Cambridge/Oxford, Polity Press/Basil Blackwell, 1988, pp. 1-25.

_____ (1988b) "Being Here: Whose Life is it Anyway? . In: _____ *Works and Lives: the Anthropologist as Author*. Cambridge/Oxford, Polity Press/Basil Blackwell, 1988, pp. 129-49.

GOLEMAN, D. (1995) *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 1995. (Tradução do inglês por Marcos Santarrita, revisada por Ana Amélia Schuquer; título original: *Emotional Intelligence*, Brockman, Inc.)

_____ (org.) (1999) *Emoções que Curam: Conversas com Dalai Lama sobre Mente Alerta, Emoções e Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Rocco, 1999. (Tradução do inglês por Cláudia Gerpe Duarte; título original: *Healing Emotions: conversations with the Dalai Lama on Mindfulness, Emotions and Health*, Mind and Life Institute, Shambala Publications, Inc, 1997).

GRACIANO, M. (1997) "Téchne, praxis & poíesis". *Biology, Language, Cognition and Society – International Symposium on Autopoiesis*. Belo Horizonte, Brasil, Novembro, 18-21, 1997.

GOODYER, I. M. "Risk and resilience processes in childhood". In: LINDSTRÖM, B. & SPENCER, N. (1995) *Social Paediatrics*. Oxford, New York, Tokyo, Oxford University Press, 1995. pp. 433-55

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. (1986) *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis, Editora Vozes, 1986.

GUYTON, A. (1992) *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan, 8ª ed., 1992. (Tradução revisada por Charles Alfred Esbérard; título original: *Textbook of Medical Physiology*, W. B. Saunders Company, 1991).

HOATH, S. B. (1997) "Considerations on the role of the skin as the boundary of na autopoietic system". *Biology, Language, Cognition and Society – International Symposium on Autopoiesis*. Belo Horizonte, Brasil, Novembro, 18-21, 1997.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. (2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

HUSSON, J. F. (1988) "Anamnèse perdue, anamnèse retrouvée?". *L'Evolution Psychiatrique*, 1988, 53 (4): 903-9.

JORGE, M. A. C. (1983) "Discurso médico e discurso psicanalítico". In: CLAVREUL, J. A. *Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1983.

JULLIEN, F. (1996) *Tratado da Eficácia*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1998. (Tradução do francês por Paulo Neves; título original: *Traité de l'efficacité*, Éditions Grasset & Fasquelle, 1996).

KASTRUP, V. (1995) "Autopoiese e Subjetividade: Sobre o uso da Noção de autopoiese por G. Deleuze e F. Guattari". *Revista do Departamento de Psicologia- UFF*. 7 (1): 86-98, 1995.

KASTRUP, V. (1999) *A Invenção de Si e do Mundo: Uma Introdução do tempo e do coletivo no Estudo da Cognição*. Campinas, Editora Papyrus, 1999.

KIERKEGAARD, S. (1968) *O Conceito de Angústia*. São Paulo, Hemus Livraria Editora, 1968. (Tradução do dinamarquês por Torrieri Guimarães, 1968).

KINOSHITA, R. T. (2000) "Complexidade, Autopoiese". In: _____ (2000) *O Outro da Reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Campinas, Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, 2000.

LALANDE, A. (1993) *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1993. (Tradução do francês por Fátima Sá Correia et al., revisada por Roberto Leal Ferreira; título original: *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, Livraria Martins Fontes, 1990)

LAPLANCHE, J (1998) *Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis*. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 2ª edição, 8ª reimpressão, 1998 (Tradução do francês por Pedro

Tamen; título original: *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Press Universitaires de France, Paris, 1987).

LANDAU, L & KITAIGORODSKI, A. (1963) *Física para Todos*. Moscou, Editorial Mir, 1963. (Tradução do russo para o espanhol por Emiliano Aparicio Bernardo).

LANDOWSKI, E. (1989) "Jogos Ópticos: Situações e Posições de Comunicação". In: _____ *Sociedade Refletida*. São Paulo/Campinas, Editora da PUC-SP/Pontes Editores, 1992, pp. 85-101.

LAWRENCE, D. W. (1990) *Apocalypse* [seguido de] *O Homem que Morreu*. São Paulo, Companhia das Letras, 1990. (Tradução do inglês por Paulo Henrique Britto e prefácio de Laymert Garcia dos Santos; título original: *Apocalypse*).

LEBRUN, G. (1987) "O Conceito de Paixão". In: NOVAES, A. *Os sentidos da Paixão*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987; pp. 17-33.

LeDOUX, J. (1998) *O Cérebro Emocional: os Mistérios Alicerces da vida Emocional*. Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 1998. (Tradução do inglês por Terezinha Batista dos Santos; título original: *The Emotional Brain – the Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, 1996).

LISPECTOR, C. (1995) "Encarnação involuntária". In: GALVÃO, W. N. (1995) *Clarice Lispector*. São Paulo, Global Editora, coleção os Melhores Contos, 1995.

LOURAU, R. (1996). *A Análise Institucional*. Petrópolis, Editora Vozes, 1996. (Tradução do francês por Mariano Ferreira; título original: *L'Analyse Institutionnelle*; Les Editions de Minuit, Paris, 1970).

MATURANA, H. R. (1987) "O que se observa depende do observador". In: THOMPSON, W. I. (org.) (1987) *Gaia: uma Teoria do Conhecimento*. São Paulo, Editora Gaia, 2ª edição, 2000. (tradução do inglês por Sílvio cerqueira Leite; título original: *Gaia: A Way of Knowing*; Lindesfarne Association, 1987).

MATURANA, H. R. (1997) *Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 1ª reimpressão, 1999. (Textos organizados e traduzidos por Cristina Magro, Miriam Graciano e Nelson Vaz).

_____ (1998) *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 1998. (Tradução do espanhol por José Fernando Campos Fortes, título original: *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*, 1998).

_____ (2001) *Cognição, Ciência e Vida Cotidiana*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2001. (Textos organizados e traduzidos por Cristina Magro e Victor Paredes; o artigo "Teorias Científicas e Filosóficas" foi traduzido por Nelson Vaz).

MATURANA, H. R & VARELA, F. J. (1984) *A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo, Editora Palas Athena, 2001. (Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin; título original: *El Arbol del Conocimiento*; por Behncke, 1984).

MATURANA, H. & VERDEN-ZÖLLER, G. (1995) *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago de Chile, Editorial Instituto de Terapia cognitiva, 4ª ed., 1995.

McWHINNEY, I. R. (1994) *Manual de Medicina Familiar*. Lisboa, Inforsalus, 1994. (Tradução do inglês para o português de Maria Teresa Noronha de Andrade; título original: *a Textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, 1989). 335 pp.

MERHY, E. E. (2002) "Um ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado". In: _____ (2002) *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo, Editora HUCITEC, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. (1996) *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo, Martins Fontes Editora, 2ª tiragem, 1996. (Tradução do francês por Carlos Alberto Ribeiro de Moura; título original: *Phénoménologie de la Perception*, Éditions Gallimard, 1945).

_____ (1991) *Signos*. São Paulo, Martins Fontes Editora, 1991. (Tradução do francês por Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira; título original: *Signes*, Editions Gallimard, 1960).

_____ (1989) "O Olho do Espírito". In: CHAUI, M. *Maurice Merleau-Ponty: Textos Selecionados*. São Paulo, Editora nova Cultural, coleção Os Pensadores, 1989. (Tradução do francês por Marilena Chaui; título original: *l'Oeiel et L'Esprit*, Gallimard, Paris, 1963)

MEYER, M. (2000) "Prefácio: Aristóteles ou a Retórica das Paixões". In: ARISTÓTELES (2000) *Retórica das Paixões*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 2000, pp. XVII-LI. (Tradução do francês por Isis Bórges B. da Fonseca, Éditions Rivages, 1989).

MUSIL, R. (1986) *O Jovem Törless*. Rio de Janeiro, Editora Rio Gráfica, 1986. (Tradução do alemão por Lya Luft; título original: *Die Verwirrungen des Zöglings Törless*, Rowohlt Verlag GmbH, Hamburg, 1978, [1ª ed. de 1906]).

NICOLAÏDIS, N. (1995) "Temps cycliques et temps linéaire". *Rev. Franç. Psychanal.*, 1995, 4: 1189-96.

NIETZSCHE, F. (1987) "Sobre Verdade e Mentira no Sentido Extra-moral". In: LEBRUN, G. (seleção de textos) *Obras Incompletas / Friedrich Nietzsche*. São Paulo, Nova Cultural, coleção Os Pensadores, 4ª edição, 1987. (Tradução do alemão por Rubens Rodrigues Torres Filho; título original: *Ueber Wahrheit und Luege in Aussermoralischen Sinne*, 1873).

OAKLANDER, V. (1980) *Descobrimo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo, Summus Editorial, 1980. (Tradução de George Schlesinger. Título original: *Windows to our children*, Real People Press, 1978).

ORWELL, G. (1979) *A revolução dos bichos*. Porto Alegre, Editora globo, 9ª ed., 1979. (Tradução do inglês por Heitor Ferreira; título original *Animal Farm*, 1945)

OSTERRIETH, P. (1980) *Introdução à Psicologia da Criança*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 12ª edição [refundida], 1980. (Notas e tradução do francês por Luiz Damasco Penna e J. B. Damasco Penna; título original: *Introduction à la psychologie de l'enfant*, Georges Thone, Éditeur).

OKUNO, E; CALDAS, I.; CHOW, E. (1982) "Fenômenos Ondulatórios". *Física para Ciências Biológicas e Biomédicas*. São Paulo, Editora Harbra, 1982.

PENNACHI, R. (1998) "Psicanálise com crianças". *Simpósio na Faculdade de Psicologia das Faculdades Integradas Senador Flaquer*. Santo André, 1998. 17p. (xérox de manuscrito)

PIERLOOT, R. & VERHAEST, S (1982) "La relation patient-generaliste comme objet de recherche psychologique". *Revue de Medicine Psychosomatique*. 1982, 24 (3): 267-87.

PRIGOGINE, I. & STENGERS, I, (1988) "Rediscovering Time". In: _____ (1988) *Order out of Chaos: Man's Neu Dialogue with Nature*. New York, Bantam Book, 4ª edição, 1988 [1ª ed. 1984].

PRIGOGINE, I. & STENGERS, I. (1996) *O Fim das Certezas: Tempo, Caos, e as Leis da Natureza*. São Paulo, Editora da UNESP, 1996. (Tradução do francês por Roberto Leal Ferreira; título original: *La fin des certitudes, Temps, Chaos et les Lois de la Nature*, Éditions Odile Jacob, 1996).

RESTREPO, L. C. (1994) *El Derecho a la Ternura*. Bogotá, Arango Editores Ltda., 1994.

ROGERS, C. R. (1999) *Tomar-se Pessoa*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 5ª edição, 2ª tiragem, 1999. (Tradução do inglês por Manuel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli, revisada por Cláudia Berliner; título original: *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin, New York, 1961).

ROLF, I. P. (1990) *Rolfing: a Integração das Estruturas Humanas*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1990. (Tradução do inglês por Marina Appenzeller; título original: *Rofing*; Harper & Row, Publishers, Inc., New York, 1977).

ROLNIK, S. (1989) *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*. São Paulo, Estação Liberdade, 1989.

_____ (1997) "Psicologia: Subjetividade, Ética e Cultura". In: SILVA, A. E. et col. (orgs.) (1997) *Subjetividade: Questões Contemporâneas*. São Paulo, Editora HUCITEC, Coleção SaúdeLoucura, 1997.

SANTOS, L. G. (1989) *Tempo de Ensaio*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

_____ (1990a) "Lautrèamont e o desejo de não desejar". In: NOVAES, A. (org.) *O Desejo*. São Paulo, Companhia das letras, 1990, pp. 209-20.

_____ (1990b) “Lawrence e a “Religião para os jovens” (Prefácio)”. In: LAWRENCE, D. W. (1929) *Apocalipse* [seguido de] *O Homem que Morreu*. São Paulo, Companhia das Letras, 1990. (Tradução do inglês por Paulo Henrique Britto e prefácio de Laymert Garcia dos Santos; título original: *Apocalypse*).

SEARLE, J. R. (1997) *A Redescoberta da Mente*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1997. (Tradução do inglês por Eduardo Pereira e Ferreira; título original: *The Rediscovery of Mind*, The MIT Press, 1991).

SIEGEL, D. J. (1995) “Percepção e cognição”. In: KAPLAN, H. I. (1995) *Tratado de Psiquiatria Compreensiva*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas sul, 6ª edição, volume I, 1999. (Tradução do inglês, por Andrea Callefi et al.; título original: *comprehensive Textbook of Psychiatry – VI*, Willians & Wilkins, 1995).

SILVEIRA, N. (1999) *Cartas a Spinoza*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 2ª edição, 1999 [1ª ed. 1995].

SIMMEL, G. (2001) *Filosofia do Amor*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 2ª edição, 2001. (tradução do francês por Eduardo Brandão; título original: *Philosophie de l'Amour*, 1993).

STANISLAVSKI, C. (2001) *Manual do Ator*. São Paulo, Livraria Martins fontes editora, 2ª edição, 2ª tiragem, 2001. (Traduzido do inglês por Jefferson Luiz Camargo, revisão de João Azenha Júnior; título original *An Actor's Handbook*, Elizabeth Reynolds Hapgood, 1963).

THOMPSON, W. I. (org.) (2000) *Gaia: uma Teoria do Conhecimento*. São Paulo, Editora Gaia, 2ª edição, 2000. (tradução do inglês por Sílvio Cerqueira Leite; título original: *Gaia: A Way of Knowing*; Lindesfarne Association, 1987).

- VALLA, V. V. (2000) "Procurando compreender a fala das classes populares". In: _____ (2000) *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro, DP&A Editora, Coleção O sentido da escola, 2000. Pp.11-32
- VANISTENDAEL, S. (1996) *Como crecer superando los percauces – Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Genebra, oficina Católica de la infancia (BICE), 2ª ed, 1996. 32pp.
- VARELA, F. J. (1989) *Authonomie et Connaissance: Essai sur le Vivant*. Paris, Éditions du Seuil, 1989. (Tradução do inglês americano para o francês por Paul Bourguine e Paul Dumouchel; título original *Principles of Biological Autonomy*, Elsevier North Holland, Nova York, 1980).
- _____ (1995) *Sobre a Competência Ética*. Lisboa, Edições 70, 1995. (Tradução do italiano por Artur Mourão; título original: *Un Know-How per L'Ética*; Gius, Laterza & Figli Spa, Roma-Bari, 1992).
- VARELA, F. J.; THOMPSON, E; ROSCH, E. (1992) *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge/London, The MIT Press, 1992.
- VARELA, F. J. & SHEAR, J. (1999) "First-person Methodologies: What, Whay, How?". *The View from Within*. Exeter, Imprint Academic, 1999. 320p.
- VERDEN-ZÖLLER, G. (1995) "El juego em la relación materno-infantil: fundamento biológico de la conciencia de sí mismo y la conciencia social". In: MATURANA, H. & VERDEN-ZÖLLER, G. (1995) *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago de Chile, Editorial Instituto de Terapia cognitiva, 4ª ed., 1995.
- VICENTE, C. M. (1997) *guia de Promoção de Resiliência*. Campinas, 1997. 16pp. (mimeo)

VIEIRA, M. A. (2001) *A Ética da Paixão: uma Teoria Psicanalítica do Afeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, Coleção Campo Freudiano no Brasil, 2001.

WINNICOTT, D. W. (1988) *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul, 2ª edição, 1988. (Tradução do inglês por Irineu Constantino Schouch Ortiz e prefácio de José Ottoni Outeiral; título original: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*, The Winnicott Trust, London, 1979).