UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**A FERIDA NA ALMA:
OS DOENTES DE AIDS SOB O PONTO DE VISTA
PSICANALÍTICO**

José Juliano Cedaro

SÃO PAULO
2005

JOSÉ JULIANO CEDARO

**A FERIDA NA ALMA:
Os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico**

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para receber o título de *doutor* em
Psicologia**

Área de Concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora:
Dr.^a Ana Maria Loffredo

**São Paulo
2005**

A FERIDA NA ALMA:

Os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico

José Juliano Cedaro

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a: Maria Lúcia Castilho Romera

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU) Assinatura: _____

Prof. Dr.: Alessandro de Oliveira Santos

Instituição: Faculdade de Sociologia e Política (FSP-SP) Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a: Vera Silvia Facciolla Paiva

Instituição: Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Prof^a. Associada Maria Cristina Machado Kupfer

Instituição: Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a: Ana Maria Loffredo (Orientadora)

Instituição: Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Data da defesa: 04/07/2005

“Leve é a dor que se pode refletir e usar a dissimulação: os grandes males não podem ser escondidos.”

Sêneca (In: *Medéia*)

Aos meus filhos *Gianluca e Giovanni*

À *Régi*, em nome do amor (e da minha *salvação*!)

Ao meu pai (*Domingos Cedaro*) e ao meu avô (*Lázaro Gouveia*) - em memória (e sonho)

À minha mãe (*Maria Ap. Gouveia Cedaro*) e à minha avó (*Izaura Darago Gouveia*)

Aos meus irmãos (*Julio César e Juliane*)

À minha orientadora *Ana Maria Loffredo*, pelo carinho dos seus ensinamentos

Às pessoas que colaboraram (e *doaram* a alma) para este trabalho, sobre as quais só posso citar seus nomes fictícios: *Ágata, Helenita, Ivo e Walker*

... para vocês!!!

Agradecimentos:

À Nilde Mota de Lima

Ao Robson Oliveira

À Carla Ribeiro Kayano

Aos tios Bastin/Shirley e família - especialmente a Sérgio Sabino de Lima

A todos os meus colegas do programa de doutorado - especialmente Hercília, Melissa, Vanessa, Luís Alberto, Neusa Tezzari e Marli Zibetti (*“O que realmente nos salva é o louco desejo pela aventura de aprender – e escrever!”*)

Aos professores, idealizadores e executores do programa interinstitucional - tanto da UNIR quanto da USP – em especial à Marilene Proença, ao Lino de Macedo, ao Miguel Nenevé, à Sandra Dias, ao Alexandre Martines, à Nadir Ramos e à Angélica Barbosa

Ao grupo de encontro das “quintas-feiras” (Cynthia, Malu, Paula e Tiago), pelas “anotações generosas”

Aos professores da banca de qualificação - Enrique Mandelbaum e Maria Cristina Kupfer

Aos funcionários do SAE – especialmente à Márcia Mororó

Obrigado!!!

RESUMO

CEDARO, José Juliano. *A ferida na alma: os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico*. s. n., 2005. 260p.. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Este trabalho, fundamentando-se no referencial psicanalítico, estuda o fenômeno HIV/aids a partir do discurso de quatro pessoas vivendo com aids, entrevistados individualmente ao longo de três anos. O referencial psicanalítico funcionou como ferramenta teórico-metodológica para a condução das entrevistas, assim como para a leitura do material produzido nos encontros com os sujeitos da pesquisa. Foram fundamentais as concepções da Teoria dos Campos e de *clínica extensa* do psicanalista brasileiro Fabio Herrmann, as quais possibilitam o emprego do método psicanalítico num território fora do *setting* clássico, incluindo a pesquisa acadêmica. Este trabalho partiu do pressuposto de que as patologias, sobretudo as crônicas e incuráveis, provocam uma ferida narcísica em suas vítimas. No caso da aids, isso seria exacerbado pela vulnerabilidade que a doença provoca, pelos efeitos adversos dos remédios e pelos estigmas sociais que lhe estão associados. O objetivo da pesquisa foi verificar quais são as estratégias psíquicas que os doentes utilizam para enfrentar essa situação e para tentar reparar essa ferida. Constatou-se que essas pessoas se sentem arremessadas dentro de um campo do “angustiante” [*das Ängstlichen*] quando se percebem submersos por essa moléstia. A reação do *eu* para lidar com esse angustiante lhe provocaria uma cisão (*Ichspaltung*), fazendo com que a realidade aterrorizadora possa coexistir psiquicamente com o desejo de reparar a ferida narcísica e com um luto indelével por si mesmo. Dessa forma, a aids é incorporada à dinâmica psíquica do doente nos termos daquilo que Freud denominou de *das Unheimliche*. O *eu*, graças a seu poder de síntese, mesmo combatido por uma força externa impiedosa, pode ser capaz de confrontá-la e se manter integrado, apesar das perdas irreparáveis.

Palavras-chave: Psicanálise. Freud, Sigmund (1856-1939). Teoria dos Campos. Angústia. Mecanismos de defesa. Atitude frente a aids.

ABSTRACT

CEDARO, José Juliano. <*The injured soul: AIDS patients under psychoanalytical eyesight*>. 2005. 260p. (Psychology Doctoral Thesis). Psychology Institute, São Paulo University. São Paulo, 2005.

This production, based on the psychoanalytical work, studies the HIV/AIDS phenomenon, from the speech of four AIDS patients, who have been interviewed for three years. The psychoanalytical reference functioned as a methodological and theoretical tool in order to run the interviews, as well as for the reading of the material produced along the meetings with the subjects of the research. The conceptions of the Multiple Fields Theory and the *extense clinic* by the Brazilian Psychoanalyst Fabio Herrmann have been of great importance, which support the usage of the psychoanalytical method, outside the classical setting, including academic research. This piece of work gets from the assumption of which the pathologies, mainly the chronicle and incurable ones, induce a narcissistic injury over their victims. When it comes to AIDS, this situation would become aggravated by the vulnerability that the disease provokes, by the adverse effects of the medicines and by the social stigmas which are linked to them. The aim of the research was verifying what psychic strategies the patients use in order to face such situation and to try to fix this wound. It was proved that the AIDS patients feel themselves thrown into a field of “angst” [*das Ängstlichen*] when they realize they are submerged by this disease. The *ego* reaction to deal the distressing field would provoke an ego splitting (*Spaltung*), occurring that the frightening reality is able to psychically coexist with the desire of repairing the narcissistic wound and with the indelible mourning by itself. In that case, AIDS is shared in the psychic dynamic of the patient in terms of what that Freud named as *das Unheimliche*. The *ego*, thanks to its synthesis power, even though it is grown weak by an outside and merciless force, may be able to face it and keep integrated, although the irreparable losses.

Key-words: Psychoanalysis. Freud, Sigmund (1856-1939). Multiple Fields Theory. Angst Defense Mechanisms. AIDS (attitudes toward).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	16
 PARTE I: O MÉTODO	
O ENQUADRAMENTO DA PESQUISA	22
O MÉTODO PSICANALÍTICO E A PESQUISA ACADÊMICA	27
A TEORIA DOS CAMPOS COMO RECURSO À PESQUISA	33
 PARTE II: OS RELATOS	
NOTA INTRODUTÓRIA	40
ÁGATA: A AIDS COMO UM INSTRUMENTO PARA A MUDANÇA	42
• <i>DISCUSSÃO</i>	50
HELENITA: A AIDS À SOMBRA DE UMA <i>ALIANÇA</i>	74
• <i>DISCUSSÃO</i>	83
IVO: SEGREDOS, SOLIDÃO E A AIDS	97
• <i>DISCUSSÃO</i>	106
WALKER: UMA VIDA NO LIMITE	118
• <i>DISCUSSÃO</i>	128
 PARTE III: O SUPORTE TEÓRICO NA PSICANÁLISE	
PRESSUPOSTOS	148
O <i>EU</i> : UM ETERNO NARCISO	152
AIDS: A FERIDA NARCÍSICA	168
AIDS: UM LUTO INDELÉVEL	176
 PARTE IV: VIDAS ENTRELAÇADAS À AIDS	
VIDAS ENTRELAÇADAS À AIDS E SEUS DESCONTENTAMENTOS	185

A AIDS SE ENTRELACOU À VIDA: O CAMPO DO ANGUSTIANTE	189
À “MEIA-MEDIDA”: O <i>EU</i> SE ENTRELACOU À AIDS	211
CONSIDERAÇÕES FINAIS	236
REFERÊNCIAS	249
ANEXOS	
AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA (MODELOS)	257
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E TERMOS UTILIZADOS	259

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A aids* nos coloca diante dos maiores mistérios da vida – sexo e morte. Por isso, é compreensível que nos cause tanto impacto, pois nos pressiona a defrontarmos nossos desejos e medos.

Essa doença sempre despertou o meu interesse. Lembro-me da primeira vez que ouvi falar dela – ainda criança, no começo da década de 1980 – em um famoso programa dominical, no qual um correspondente – hoje mais conhecido por suas atividades político-partidárias – relatava a misteriosa síndrome fatal, recém-surgida nos Estados Unidos, cujas vítimas eram jovens de grandes cidades daquele país. Tornei-me adolescente, ouvindo discursos professorais acerca dos riscos da nova doença venérea e “aprendendo” que a camisinha era o preço pela existência da profetizada *peste* do fim do milênio. Vi, aos poucos, aquela nova doença infecto-contagiosa mudar normas, cujo nome ainda causava dúvida se a chamariam de AIDS ou SIDA.

O advento da aids provocou transformações nas relações entre as pessoas e os grupos, atravessando fronteiras políticas e culturais, pois ela acrescentou novos elementos a temas controversos da vida social, da sexualidade e até mesmo em comportamentos ditos *marginais*. Atravessou o caminho de *revoluções* que redimensionaram a ordem das relações do mundo ocidentalizado, como a propalada liberdade sexual, instaurada a partir da década de 1960.

Com a invenção de antibióticos e de anticoncepcionais eficientes, foi possível que, pela primeira vez, a humanidade pudesse buscar o prazer sexual sem a preocupação com conseqüências indesejáveis. No entanto, essa “liberdade” foi rompida, pois embora existissem outras patologias letais e sexualmente transmissíveis, a divulgação inicial da aids reforçava

* Opto por grafar o nome dessa doença com todas as letras minúsculas, da mesma forma que se escrevem outras patologias como tuberculose, dengue ou malária, seguindo o que tenho observado em algumas obras da literatura científica ou em documentos de órgãos governamentais encarregados de combater esse fenômeno. Anteriormente, grafava-se AIDS, porque é uma sigla e, posteriormente, Aids. Creio que esta mudança indica também o redimensionamento desse fenômeno, deixando de ser um mal intocável e podendo ser grafado de forma menos destacada, deixando de ser o “mal do século XX” ou a “nova peste”. O mesmo não ocorre com o termo “HIV” (ou Vírus da Imunodeficiência Humana), que continua a ser grafado, na maioria das vezes, tal qual no início da história da aids, quando a Organização Mundial da Saúde, em 1984, padronizou sua terminologia.

que ela trazia a morte fulminante - sem a possibilidade de defesa e luta - e que se tratava de uma conseqüência (ou punição!) do desregramento e do descontrole sexual. Assim, debates em torno da norma sexual estabelecida (ou institucionalizada) tornaram-se mais *apimentados*, pois os fatos obrigavam a discutir o intitulado “amor livre” e, além disso, havia aqueles que tomavam os novos acontecimentos para rotular e discriminar pessoas que teriam condutas “desviantes”.

Outro ponto em que a aids afetou a *norma* decorreu da comprovação de que o agente causal da aids é transmitido por via sangüínea. A partir dessa constatação, acentuou-se a preocupação com a doação de hemoderivados e com o manejo de instrumentos hospitalares perfurocortantes. Embora há anos se soubesse dos riscos do contágio de doenças graves como hepatite, tripanossomíase, malária, entre outras, foi somente com o advento da aids que, em muitos países, passou a haver um alerta maior às normas orientadoras dos procedimentos médicos que possam levar à troca de fluídos corporais entre várias pessoas.

Além de estimular o repensar das normas institucionalizadas, a aids gerou também mudanças nas *regras* do convívio social, como é o caso dos envolvimento afetivo-sexuais e, também, em hábitos considerados marginais, como o uso de drogas ilícitas. Neste último, as mudanças foram muito marcantes. Tornou-se admissível que se doassem seringas descartáveis para drogadictos como uma forma de evitar uma disseminação maior do HIV, uma vez que a partilha de drogas entre grupos de amigos pode significar solidariedade, como se fosse uma forma de “comunhão”. Tal procedimento de distribuir agulhas e seringas descartáveis passou a ser executado inclusive por órgãos governamentais, embora muitos tenham questionado essa prática como um incentivo ou legalização indireta do uso de entorpecentes. Todavia, essa assertiva foi suplantada pela preocupação de conter o vírus e preservar a saúde pública. E, assim, normas foram rompidas!

Em função de tudo isso, a aids me fascina. Entre trabalhos escolares e o acompanhar de reportagens que lhe davam ares *fantásticos*, uma questão sempre comparecia à minha consciência: como é viver com essa doença? Mais precisamente, indagava-me a respeito de pessoas ditas comuns, pois era habitual falarem de artistas ou intelectuais famosos infectados, moribundos ou mesmo mortos.

Essa curiosidade teve a oportunidade de ser satisfeita quando cursava a graduação em Psicologia na Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e fui convidado a participar de uma

pesquisa que investigou o impacto causado pelo surgimento da aids na vida dos habitantes da cidade de Porto Velho. Essa pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e realizada entre os anos de 1992 e 1993, em conjunto com Lúcia Regina de Castro Barros e sob a orientação de Marisa Sá Leitão. Em tal investigação, foram aplicados questionários em pessoas de 15 a 59 anos, tendo chegado à conclusão de que a população daquela cidade havia tomado consciência da existência da aids, inclusive conhecendo os hábitos adequados para se prevenir do contágio. Entretanto, o despreparo para lidar com questões relacionadas à sexualidade e à dinâmica do comportamento sexual humano, pouco suscetível a normas restritivas ao prazer, impediriam que tal consciência fosse transformada em hábitos profiláticos.

Entre os anos de 1993 e 1994, a pesquisa mudou de rumo e dirigiu-se para as pessoas vivendo com HIV/aids. Foram analisadas entrevistas com dez pessoas e elas apontavam para um grande redimensionamento de suas vidas após o contágio, principalmente no campo da sexualidade, marcadas pelo sentimento de culpa e pela expectativa de que jamais poderiam desfrutar plenamente esse tipo de prazer. As falas denotavam um forte apego religioso, como uma forma de se *agarrar* às mínimas esperanças de *salvação* - nos vários sentidos que esta palavra pode suscitar.

Tornei-me, em seguida, professor da UNIR e nesta atividade profissional continuei a me dedicar a pessoas envolvidas com o fenômeno HIV/aids por intermédio de projetos de extensão universitária e de programas de estágio supervisionado em Psicologia Hospitalar. Dei seqüência às pesquisas da época de graduando, porém, enfocando a questão da adesão aos esquemas de tratamento anti-retrovirais (ETARV*), contando com a participação de bolsistas de iniciação científica do CNPq e mais colaboradores.

Trilhando esse caminho, cheguei a esta pesquisa, desta vez visando o cumprimento principal de um processo de doutoramento. Neste trabalho, a pretensão foi de acompanhar doentes de aids ao longo de três anos e verificar as implicações dessa doença sobre suas vidas cotidianas e mais particularmente as implicações dos limites e dos estigmas impostos por essa patologia em sua dinâmica psíquica, de tal maneira que os resultados apurados possam

* As siglas mais utilizadas neste trabalho estão detalhadas num glossário, nas duas últimas páginas dos anexos, assim como outros termos que exijam um melhor esclarecimento.

contribuir para o repensar de estratégias e procedimentos terapêuticos destinados a esse tipo de clientela.

Trata-se de mais uma oportunidade de se dar voz a pessoas anônimas, representantes de um grupo discriminado e assujeitado a uma doença que parece estar na contramão de uma cultura narcisista, a qual dita normas para a existência humana como se nela não pudesse haver sofrimentos e nem os efeitos do tempo sobre a imagem do corpo. Numa época na qual a morte, quando aceita, deve ser “limpa”, rápida e silenciosa, a aids adentra a conjuntura desse *narcisismo coletivo* como um fenômeno que teima em nos lembrar da nossa finitude e do quanto somos vulneráveis diante das ameaças da natureza.

Dessa forma, este é um trabalho que trata da relação entre sujeitos fragilizados e um mundo que não sabe como “pôr o dedo” nas próprias feridas e, ao invés disso, prefere abafá-las, mesmo quando elas permanecem doendo. Por consequência, temos “cada qual em seu canto”, por um isolamento involuntário, estigmatizado, marginalizado; “e em cada canto uma dor”¹. Ou seja, em cada canto uma dor nem sempre possível de ser comunicada, suportada ou compreendida, como se em cada canto e *canto*, houvesse a seguinte clemência: “*Ajuda-me a suportar o que não posso compreender. Ajuda-me a mudar o que não posso suportar.*”²

¹ Chico Buarque. *A banda*. Disponível na internet: <http://www.chicobuarque.com.br/letras/abanda> – acessado em 16/05/2005.

² Jurandir Freire Costa, citando São Francisco de Assis, no artigo “As agonias da confissão” (In: *Razões públicas, emoções privadas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 17), no qual discute o livro “Para o amigo que não me salvou a vida”, editado no Brasil pela José Olympio (1995), de autoria de Hervé Guibert, morto pela aids em 1991.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O fenômeno HIV/aids, como sabemos, começou a ser observado no princípio da década de 80 do século passado. Desde então, o mundo ocidental mudou bastante e não seria exagerado afirmar que muitas dessas mudanças lhes são decorrentes, conforme pontuei na *Apresentação*.

Os primeiros registros aceitos como oficiais são de outubro de 1980 e foram realizados pelo *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, os quais apontavam para uma síndrome que desencadeava uma grave deficiência imunológica.³

Alguns anos depois, a causa etiológica desta doença foi definida como sendo consequência de um retrovírus batizado pela Organização Mundial da Saúde como o Vírus da Imunodeficiência Humana – o HIV. Desde então, a presença do HIV, diagnosticado por intermédio de um exame sorológico, passou a indicar a possibilidade de a pessoa infectada manifestar deficiências no seu sistema imunológico, estando, caso isto venha a ocorrer, vulnerável a inúmeras moléstias, sobretudo àquelas decorrentes de infecções oportunistas.⁴

O portador do HIV, como usualmente são denominadas as pessoas que apresentam sorologia positiva ao exame que busca detectar tal agente viral, passou a ser percebido como alguém ameaçador, pois “carrega” dentro de si um *ser* que pode representar a antecipação de algo certo, porém intempestivo, que é a morte. Dentro desse contexto, o portador do HIV tornou-se um representante *concreto* da própria morte no imaginário de muitas pessoas e, em função disso, passou a receber o mesmo tratamento dado àquela.

Pensando nesses fatos, algumas perguntas emergem: Quais as reações de uma pessoa portadora do HIV perante as atitudes dos outros em relação à aids? Como os próprios contaminados se percebem diante da impossibilidade atual de haver uma reversão na sua condição de soropositivo? Em que e como a soropositividade afeta o seu relacionamento

³ Jonathan Mann; Daniel Tarantola; Thomas Netler. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro, Relumê-Dumará, 1993.

⁴ Euclides Ayres de Carvalho; Francisco Inácio Bentes. Aids (1980-97): o rastro da tormenta. In: *Revista USP* (Dossiê Aids). São Paulo, Universidade de São Paulo, n. 33, mar/mai., p. 06-19, 1997.

interpessoal, principalmente aqueles marcados por envolvimento afetivos e sexuais? Como o indivíduo HIV-positivo lida com questões vinculadas à morte e ao morrer?

São muitos os questionamentos relacionados a essa temática, pois se trata de um fenômeno que toca pontos controversos do comportamento humano, principalmente porque é uma patologia grave, que provoca mudanças profundas na vida de suas vítimas e no *universo* que as rodeia, muitas vezes, obrigando o redimensionamento nos hábitos cotidianos, nos sonhos, nos ideais etc.

Estimulados por tais questões, muitos trabalhos acadêmicos, além de relatos autobiográficos, foram e vêm sendo escritos no intuito de investigar ou descrever a vida de pessoas contaminadas pelo HIV. Dentro dessa mesma perspectiva surgiu este trabalho, cujo objetivo principal e geral é investigar as possíveis estratégias psíquicas utilizadas por doentes de aids diante dos obstáculos impostos pela doença.

Um ponto importante dentro desses objetivos é o fato de a aids possuir algumas peculiaridades que a tornam praticamente impossível de ser ignorada para aqueles que foram contaminados pelo seu agente etiológico, assim como para as demais pessoas. Uma dessas características marcantes é o fato dela ainda ser uma patologia incurável, ou seja, não há um tratamento com perspectivas de cura e sim com o objetivo de conter a ação do vírus. Somando-se a esse infortúnio, a adesão aos esquemas de tratamento anti-retrovirais costuma ser muito penoso para a maioria dos pacientes,⁵ pois implica no uso de medicamentos de difícil ingestão e com graves efeitos colaterais; além de serem muito caros, obrigando a maioria dos doentes a dependerem exclusivamente dos programas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Viver com o HIV no corpo ou, pior ainda, viver com aids, é também enfrentar situações e problemas cotidianos com “outros olhos”. Encontrar um conhecido numa unidade de saúde pode ser um grande martírio, cujo constrangimento pode ficar transparente no semblante e, com isso, gerar o receio de ser “denunciado” por um ato tão corriqueiro. Um acontecimento banal, mas que pode ganhar ares sinistros se vier, por exemplo, a pergunta: “O que você está fazendo aqui?” Ou o comentário: “Você sabia que aqui também tratam de

⁵ José Juliano Cedaro; Aryanne Pereira Freitas. Aspectos subjetivos do portador do HIV na luta contra a aids: a adesão aos esquemas terapêuticos anti-retrovirais (ETARV). In: *Pesquisa e Ação*. Porto Velho, ano 1, nº 01 p. 340-352, 2002.

‘aidéticos’?” Tornando-se praticamente impossível não se angustiar com a dúvida: “Será que ele/a sabe?”

Outro medo desencadeante de angústia em relação à aids, encontra-se no momento em que o soropositivo constata qualquer alteração fisiológica no seu corpo. Um simples resfriado, uma verruga, uma dor de cabeça que, para uma pessoa soronegativa, normalmente é visto como algo de pouca gravidade, para essas pessoas pode ser um indicador das manifestações do vírus, um sinal de vulnerabilidade, o prelúdio da debilidade do seu sistema de defesa.

Cabe registrar também as questões de ordem social, inerentes à vida do soropositivo e do doente de aids, como fatores importantes aos objetivos deste trabalho acadêmico. Viver com HIV/aids é enfrentar o *peso* do estigma de ser *olhado* por muitas pessoas como se fosse um portador de uma “doença terminal” e, pior ainda, como um potencial *transmissor* de uma “sentença de morte”, face aos inúmeros embaraços quanto às reais formas de contágio do vírus. Assim, por tais motivos, ser portador do vírus da aids pode ser um empecilho para vários aspectos da vida social, entre eles, arrumar um emprego ou encontrar um parceiro amoroso ou sexual.

Para evitar serem submetidos a esses problemas, muitos soropositivos optam pelo sigilo, restringindo ao máximo o número de pessoas que sabem da infecção. Adotam o que denomino de “vida em duplicidade”, pois, se por um lado, apenas alguns escolhidos sabem da contaminação, por outro, são obrigados a fingirem ou a mentirem sobre aspectos importantes de suas vidas, ou seja, sobre algo que não deixa de ser um dos elementos norteadores do destino de cada um. Evidentemente, isso tem um *preço* e um *peso* para a condução da vida, pois precisam fingir que não são HIV-positivos e freqüentemente enfrentam situações constrangedoras, como mentir para ir ao médico, ou mesmo para o próprio médico; esconder os remédios ou usar de dissimulação para tomá-los; enfrentar um terror inominável toda vez que vão a um posto de saúde e se “arriscam” a serem vistos saindo *daquela sala*, do consultório *daquela profissional que atende “aidéticos”*; entre muitos outros embaraços e infortúnios. Gera-se, assim, uma espécie de “clandestinidade” - uma *clandestinidade de si mesmo* - afetando suas vidas em vários aspectos: afetivo, profissional, recreacional e, até mesmo, na maneira como conduzem o tratamento.

Com base nessas observações e constatações, algumas perguntas foram previamente pensadas antes do início da pesquisa e vieram a se transformar em pontos a serem trabalhados

ao longo dessa tese. Cito algumas: Qual é a consequência do ponto de vista psíquico? Como é viver no anonimato, ou seja, fingindo que não se tem aids para não ser estigmatizado? Seria o mesmo que “mascarar” parte de si, como se fossem duas pessoas? Sendo a *caducidade* do corpo e a morte fatos inevitáveis, como se manifestam os mecanismos de enfrentamento e de defesa psíquica diante da possibilidade desses fenômenos da natureza serem antecipados? Existirá alguma forma de compensação psíquica? Como e quando se manifesta? Em relação ao futuro e às idealizações, de que forma foram afetados e quais foram os contornos adotados?

Os caminhos trilhados na tentativa de responder essas questões e alcançar os objetivos desse trabalho serão apresentados em quatro partes. Na primeira tratarei do método de investigação e do enquadramento utilizado no processo de garimpagem do material empírico para a pesquisa. Na segunda parte apresentarei uma construção da história dos sujeitos pesquisados, colhida nos textos das transcrições das entrevistas, para, em seguida, fazer uma discussão dos pontos de destaque de suas falas, relacionadas com as estratégias utilizadas na luta de cada um deles contra a aids e suas vicissitudes. Na terceira parte, farei um recorte de conceitos do referencial teórico, procurando entrelaçá-los e articulá-los com o que pôde ser abstraído dos relatos expostos na segunda parte e que se coadunam com os objetivos deste trabalho. Por fim, na quarta parte, discutirei pontos de destaques analisados nos capítulos precedentes, buscando chegar a uma tese, ou a elementos anunciadores de uma tese, a respeito do que é viver com aids.

PARTE I: O Método

O ENQUADRAMENTO DA PESQUISA

“Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou mais completa(o) quando não entendo. (...) Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender o que não entendo.”

Clarice Lispector⁶

Este trabalho pretende discutir e levantar questões a respeito de como vivem doentes de aids após terem tomado consciência da soropositividade. Não nos seus sistemas imunológicos, mas nos seus “sistemas” psíquicos - sonhos, administração do cotidiano, reminiscências e tantas outras demandas da vida. O objetivo é tentar conhecer a vida dessas pessoas no dia-a-dia, longe das consultas, do ambiente hospitalar e de tudo aquilo que as obriga a se verem como soropositivos ou padecentes de uma morbidade grave.

Para esse tipo de empreendimento sabia que não poderia contar com o relato dos doentes internados e, muito menos, com os outros instrumentais clássicos de pesquisas empíricas, os quais havia empregado outrora, como entrevistas e questionários. No que diz respeito aos pacientes hospitalizados, a própria condição deles seria um impeditivo, pois o “internar-se” indica uma quebra na rotina e o *lugar* psicológico, mormente ocupado por um doente nessas condições, representaria um descaminho do objetivo inicial da pesquisa. Quanto ao emprego de quaisquer tipos de questionários ou entrevistas pré-definidas ou pré-formalizadas, os quais haviam sido utilizados a contento em outros momentos, não me pareciam adequados, pois o que pretendia era ter acesso a relatos informais do cotidiano, em suas mais diversas facetas e matizes, de maneira que os sujeitos da pesquisa pudessem sentir confiança suficiente em mim para poderem desvelar conteúdos de foro pessoal por meio de falas espontâneas, os quais dificilmente aparecem numa primeira conversa ou com pouco tempo de convivência.

Pretendia, portanto, estabelecer um tipo de relacionamento com os pesquisados que eu chamaria “distância à justa”, isto é, ao mesmo tempo em que não estaria por demais íntimo,

⁶ In: *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004, p. 87.

também não deveria ficar distante, intocável, percebido como alguém para qual se cede, bem ou mal, um depoimento para um “trabalho científico”, sem haver a oportunidade de acompanhar seus desdobramentos ou, muito menos, tomar ciência dos seus resultados.

Dessa forma, tracei uma estratégia de investigação que, em âmbito geral, manteve-se intacta, a qual consistiu, inicialmente, em selecionar algumas pessoas doentes de aids pelos critérios atuais de diagnóstico médico, e convidá-las a participar desse trabalho. O contato foi intermediado por uma instituição pública conhecida pela sigla SAE*, que presta vários serviços de saúde a portadores do HIV em Porto Velho. Entre os pacientes dessa instituição foi realizado um processo de “triagem” através da leitura dos relatórios do setor de psicologia daquela instituição, nos quais não constam dados de identificação dos pacientes. Em seguida, entrevistei a profissional responsável pelo setor, quando fiz algumas perguntas que me ajudaram a decidir quais seriam as pessoas a serem abordadas.

Em função das características peculiares da aids, que levam a maioria dos pacientes a optarem pelo sigilo, algo que compreensivelmente pode trazer resistências em ceder entrevistas ou participar de pesquisas, fiz uma lista de três homens e três mulheres, todos adultos e que estavam em tratamento há mais de um ano. Essa lista entreguei à psicóloga para que ela perguntasse a eles, na ordem em que fossem se consultar, se aceitariam participar da pesquisa. Solicitei que se limitasse a convidar apenas um homem e uma mulher, no primeiro momento, e que, caso aceitassem, deveria esperar até eu fazer a primeira entrevista, quando verificaria a necessidade ou não de incluir outros sujeitos à pesquisa. **

Os dois primeiros da lista concordaram. Foi então agendado um primeiro contato, conforme horário e local escolhidos por eles. Neste encontro informava os objetivos da pesquisa e de seus compromissos éticos, principalmente o de resguardar o anonimato daqueles que participassem dela e que lhes seria entregue um termo de compromisso para, caso concordassem com o mesmo, assiná-lo autorizando-me a publicar os resultados. ***

Os entrevistados foram informados também de que as entrevistas seriam gravadas, embora não fosse uma prerrogativa essencial; do direito de desistirem a qualquer momento,

* *Serviço de Assistência Especializada* ao portador do HIV.

** Foram entrevistadas quatro pessoas, dois homens e duas mulheres. Os dois primeiros foram selecionados e contatados conforme se descreve acima; quanto aos outros dois, os critérios de escolha serão detalhados na parte referente aos relatos dos casos.

*** Cópia do modelo nos anexos, p. 257 e 258.

independente do motivo; e que lhes entregaria as fitas se, porventura, ficassem incomodados com algum assunto abordado. Além disso, poderiam pedir para desligar o aparelho quando bem entendessem ou falar somente aquilo que lhes conviesse.

Depois da entrevista inicial com os dois primeiros contatados – denominados de Ágata e Walker - solicitei à psicóloga do SAE que convidasse mais duas outras pessoas, outro homem (Ivo) e outra mulher (Helenita), para participarem da pesquisa, perfazendo assim quatro entrevistados.

Trabalhar com mais de um caso foi motivado pelo interesse em ouvir pessoas que a priori trariam histórias diferentes entre si e, por consequência disto, discursos também diferenciados acerca de suas estratégias para lidarem com a aids e com as vicissitudes dessa doença. Como se tratava de uma pesquisa planejada para ser executada em, no mínimo, três anos e cuja temática é bastante árdua, imaginava que alguns dos entrevistados poderiam desistir ou rever o posicionamento de autorizar a publicação dos seus depoimentos. Por isso, optei por trabalhar com esses quatro entrevistados, de forma que, se houvesse desistências, teria um número mínimo de pesquisandos para cumprir com os objetivos estabelecidos inicialmente. No entanto, contrariando as minhas expectativas e também os meus receios, nenhum deles desistiu. Assim, decidi fazer uso de todo material coletado, pois eles são de uma riqueza ímpar, tornando impossível excluir qualquer um dos sujeitos e, sobretudo, por respeito a essas pessoas que se dispuseram a ceder dezenas de entrevistas para falarem de dores e sofrimentos.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e a maioria delas foi gravada. Foi acordado que cada entrevista durasse em média uma hora, embora algumas delas tenham passado de 120 minutos em função da necessidade demonstrada pelos entrevistados em falarem – ou como eles diziam: *desabafarem*.

Não havia um direcionamento prévio das entrevistas, exceto na primeira, quando geralmente pedia para contarem suas histórias, começando por onde quisessem. Nas entrevistas seguintes, eles geralmente começavam a falar, tão logo se sentavam. Nos raros momentos em que isso não ocorreu, pedia apenas para que, caso desejassem, continuassem a falar do assunto tratado no final da entrevista anterior.

O local das entrevistas foi pensado de forma que fosse um lugar onde se pudesse garantir sigilo e privacidade. Por isso, propus a eles um consultório de psicologia, onde se misturariam com pacientes, orientandos e supervisionandos, eventualmente também recebidos no mesmo ambiente. Dessa forma, evitava que olhares alheios pudessem deduzir naqueles *encontros* a realização de uma pesquisa sobre a aids, pois o fato de eu ser um pesquisador desse campo, não é raro que associem sujeitos de pesquisas que faço como sendo portadores do HIV.*

Além desse cuidado, foi proposto aos entrevistados que, caso desejassem ou sentissem incomodados com o lugar, poderiam solicitar a realização das entrevistas noutro espaço, à escolha deles. Todos preferiram o consultório, alegando além da garantia de sigilo, o conforto e a fácil acessibilidade ao local.

As entrevistas foram realizadas entre os últimos meses de 2001 e o início de 2005, tendo ocorrido, na maior parte, no ano de 2002, período no qual a cada dois meses eram realizados encontros com os pesquisados. No princípio de 2004, depois de trabalhar com o conjunto das entrevistas e ter uma idéia panorâmica do que viria a ser a tese, entreguei a eles um texto impresso contendo as transcrições das entrevistas com o objetivo de lerem e fazerem as alterações que desejassem. Com tal procedimento, meu objetivo era de que pudessem ter uma noção daquilo que haviam “produzido” em quase dois anos de depoimentos, como se fosse um espelho de suas histórias, refletindo falas, choros, silêncios, risadas, suspiros etc. Com isso, eles poderiam suprimir declarações, acrescentar fatos, esclarecer pontos obscuros e, principalmente, atualizar as informações ali contidas. Feito isso, foi acordada uma entrevista final para o início de 2005.

Cabe registrar que todos os entrevistados são adultos, com idade acima dos trinta anos no momento da entrevista final e que, no início da pesquisa, em 2001, sabiam da infecção há pelo menos dois anos e meio. Pelos critérios atuais, como mencionei anteriormente, são considerados doentes de aids, porque os exames laboratoriais apontaram uma grande elevação do número de cópias do vírus no sangue e o sistema imunológico havia apresentado sinais de deficiência, com manifestações clínicas de infecções oportunistas. Em função disso, todos

* Sobre isso faço uma digressão para relatar um fato inusitado. No tempo em que a aids causava mais impacto do que atualmente, principalmente devido às poucas informações disponíveis e a falta de recursos para combatê-la, presenciei algumas famílias pedindo aos profissionais de saúde para não irem ao velório de seus pacientes, pois a presença deles poderia levantar a suspeita entre vizinhos, amigos e parentes de que o ente falecido era um padecente dessa patologia.

eles foram integrados aos programas de tratamento contra a aids, embora haja casos de entrevistados que desistiram.

A opção por ter trabalhado com pessoas nessas condições e não com aquelas consideradas “apenas” soropositivas decorreu de elas terem sido “empurradas” para uma fronteira considerada crítica, pois há sinais de que o vírus está vencendo a batalha e o organismo está se tornando impotente para conter sozinho o avanço do invasor. Por isso, medidas terapêuticas precisaram ser tomadas para amenizar a possibilidade de adquirirem alguma morbidade grave e irreversível. Acrescenta-se à tal situação o fato de esse tratamento ser deveras penoso, trazendo inúmeras restrições, somando-se a tantas outras já impostas pela presença do HIV no corpo. Logo, os doentes podem falar com mais propriedade do impacto do fenômeno HIV/aids sobre suas vidas, o que vai ao encontro dos objetivos da pesquisa.

O MÉTODO PSICANALÍTICO E A PESQUISA ACADÊMICA

“A ciência, a ciência, a ciência...
Ah, como tudo nela é vão!
A pobreza da inteligência
Ante a riqueza da emoção!
A ciência! Como é pobre e nada!
Rico é o que alma dá e tem.”
Fernando Pessoa⁷

Tendo esboçado o enquadramento geral dos procedimentos adotados para a condução da pesquisa, passo a expor o método empregado para trabalhar com o objeto de estudo - as estratégias de escuta e de leitura das entrevistas realizadas, ou seja, o arcabouço teórico que funcionou como lanterna para que eu pudesse obter e iluminar o material da pesquisa, dentro daquilo que propõe Fabio Herrmann para o saber criado por Sigmund Freud: uma “ciência geral da psique, capaz de sustentar uma gama mais ampla de práticas e um pensamento mais eficaz sobre o homem (...) indispensável para refletir sobre a realidade.”⁸

Por afinidade - ou para ficar dentro de uma linguagem mais pertinente, por identificação - fui impregnado pelo eco das palavras de Freud, como se, por acidente, fosse banhado em um rio e, por consequência disso, fosse batizado de forma involuntária e irrevogável e, claro, passasse a apreciar isso. Assim, a partir do meu interesse pelo fenômeno HIV/aids - que eu não sei dizer se começou antes ou depois do meu interesse pela Psicanálise - e sendo a aids um fenômeno humano, das relações humanas, foi praticamente inevitável que o meu “olhar” não imbricasse um sobre o outro. Mais precisamente, posso dizer que eu passei a ver o referencial teórico psicanalítico como uma ferramenta útil para o estudo dos sentidos da aids para o mundo e para *o mundo* de suas vítimas, fazendo uso, principalmente, da proposta desenvolvida por Herrmann para a *clínica extensa*.

Clínica extensa é um movimento, é um nome que eu uso para designar, ao mesmo tempo, um movimento que sempre aconteceu, ‘um conjunto das infrações do setting’, se poderia dizer, ou *a generosidade prática daqueles que fazem a psicanálise onde ela se faz necessária*, uma coisa meio heróica em alguns casos, em outros simplesmente práticos.⁹

⁷ In: *Obras poéticas*. Rio de Janeiro: Ed. Aguillar, 1981, p. 344.

⁸ Fabio Herrmann. *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 15 e p. 88.

⁹ Entrevista à Ana Cristina Camargo, relatada na dissertação de mestrado “*Clínica extensa. A Psicanálise onde ela se faz necessária*.” Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004, p. 51. [grifos no original]

Sou psicólogo hospitalar e supervisor de estágio dessa área no curso de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. A Psicologia Hospitalar, nos últimos tempos, como pode ser facilmente observado, tem se tornado uma área recheada de psicanalistas, seja por decisão pessoal ou por forças do mercado. Esses profissionais têm trazido importantes colaborações para o debate envolvendo o atendimento hospitalar a partir do método psicanalítico e, ao mesmo tempo, numa espécie de influência circular, ganham uma oportunidade de repensar procedimentos e postulados da Psicanálise. Dessa forma, posso dizer que minha atuação profissional se aproxima da Psicanálise no que diz respeito ao exercício de seu Método fora do setting clínico convencional.

Ao seguir esse mesmo caminho como pesquisador, deparava-me, também, com a dúvida se meus trabalhos acadêmicos são “psicanalíticos” ou - fazendo uso de algumas expressões de Herrmann¹⁰ - apenas “versam” sobre a Psicanálise, “expiando-na de fora”. Contudo, dentro desse processo de *atração de legitimidade*, ainda fazendo uso das palavras desse autor, poderia dizer que talvez eu fique na mesma posição de pesquisadores autores de outrora que, ao introduzirem a Psicanálise na Universidade, adotavam uma postura, em relação aos seus próprios trabalhos, de “... um certo escrúpulo (...) em o declarar, como se temessem ser acusados de charlatanismo. *Não sou psicanalista, não fiz formação, nem me analisei* - eram frases que se ouviam a todo momento. Excelentes psicanálises da literatura, por exemplo, acompanhavam-se regularmente dessa *mea culpa*.”¹¹

Destarte, o presente trabalho trata da realização de uma pesquisa que tem como embasamento teórico o referencial psicanalítico freudiano, o qual funcionou como instrumento para a obtenção e para a análise dos dados. Consiste, portanto, em uma investigação que faz uso do método da psicanálise, embora realizada fora do seu setting.

Tal procedimento baseia-se na concepção de que a Psicanálise tem, como um dos seus objetivos, a tentativa de compreender os modos de funcionamento da *psique* enquanto inserida num campo intersubjetivo e, isso pode experimentalmente extrapolar os *muros* da clínica.

¹⁰ F. Herrmann. *Pesquisando com o Método psicanalítico*, do livro homônimo, organizado por esse mesmo autor em parceria com Theodor Lowenkron, publicado pela Casa do Psicólogo (São Paulo), em 2004.

¹¹ Ibid., p. 46-7 – grifos no original.

Como essa proposta não tem consenso, optei por me alicerçar em textos de psicanalistas que apresentam pesquisas embasadas no referencial psicanalítico e que tenham orientado trabalhos acadêmicos a partir dessa perspectiva metodológica. Por tais motivos, darei destaque aos psicanalistas Fabio Herrmann e Renato Mezan, por estarem entre os melhores autores, no Brasil, de publicações voltadas a esse campo de questões.

Herrmann afirma que a Psicanálise nasceu com o intuito de tentar entender a realidade humana, tendo sido descaracterizada e, muitas vezes, vista como mera discussão epistemológica e reduzida a uma psicoterapia. Para esse autor, a Psicanálise é essencialmente marcada por sua ação em pesquisar, ou seja, o seu método, em si, e por si, investiga. “É indispensável, todavia, que tal busca se venha cumprir no local apropriado, no cotidiano, pois é aí que o desejo humano edifica o mundo das relações que temos por nossa realidade.”¹²

Ainda segundo Herrmann, a *Psicanálise do cotidiano* não deve ser limitada à aplicação dos conceitos da clínica analítica e, sim, recuperar o seu método “enquanto crítica da construção do real”,¹³ de modo a torná-la viável como instrumento de investigação fora da “moldura” analítica (setting). Surge, assim, o termo *inconsciente relativo* como ferramenta teórica para quem pretende converter o método psicanalítico à pesquisa.

A noção de inconsciente relativo é a seguinte: Freud e a psicanálise definem em medidas diferentes uma coisa, quer dizer, um não-ser, que é a estrutura geradora do sentido humano nos atos dos homens. Essa estrutura profunda geradora de sentido humano eu chamo de inconsciente. (...) ... cada relação humana comporta múltiplos níveis de determinação. E, para cada um, operações diferentes podem evocar, colocar em evidência estruturas determinantes de diferente profundidade. A essas estruturas eu chamo de inconsciente relativo: é o que é determinado pelo choque de diferentes representações em um nível dado. ¹⁴

O inconsciente relativo seria, portanto, uma decorrência das inúmeras variações que podem ser manifestadas em qualquer relação humana, cuja tentativa de entendimento evidenciará suas múltiplas facetas, ao mesmo tempo em que a *afetará*, pois estará colocando-a em um outro campo: a percepção do observador. “A decifração de qualquer

¹² F. Herrmann. *Andaimos do real - uma revisão crítica do método da Psicanálise*. São Paulo, Editora Pedagógica Universitária, 1979, p. 02 [Obs.: Herrmann escreve Psicanálise quando se refere à disciplina e psicanálise quando trata da terapia analítica.]

¹³ Id. loc. cit. .

¹⁴ Id. Uma aventura – A tese psicanalítica. (entrevista à Maria Emilia Lino da Silva). In: *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993, p. 136-7.

relação – individual ou coletiva, intrapessoal, interpessoal, uma obra cultural, um período histórico - mostra os determinantes da consciência nela empenhada, ou seja, o *inconsciente relativo*, o inconsciente da relação.”¹⁵

Tal processo, visando ao entendimento desse inconsciente relativo, passa primordialmente pelo discurso, pois como também salienta Herrmann, a Psicanálise deriva-se do diálogo humano e o tem como ponto de partida, uma vez que a palavra “fala” do desejo inconsciente. Por isso, tal disciplina se apóia na “maneira pela qual a palavra afeta emocionalmente a recordação”¹⁶, possibilitando-a ou impedindo-a.

Acrescenta Herrmann:

Nela [a palavra], valores emocionais nadam como peixes, conotações e segundos sentidos voam como pássaros e só nos entendemos por acaso ou pelo acordo tácito de ignorar tudo aquilo que sai fora do campo consensual. (...) Ainda na conversa mais corriqueira, as palavras dizem mais e menos do que se quer dizer. As palavras fogem, armam-se em trocadilhos, conotam sentidos indesejáveis.¹⁷

Mezan,¹⁸ por sua vez, ao salientar a propriedade do discurso como elemento revelador das articulações complexas do inconsciente, defende a concepção de que o mesmo seria transposto não só *no* discurso, mas também *através* dele. É neste contexto que deve ser compreendido o exercício da pesquisa psicanalítica, envolvendo pelo menos dois procedimentos básicos. O primeiro se refere à coleta de dados (pesquisa de campo) e o segundo corresponde ao que Mezan denomina de um “distanciamento necessário” do objeto de estudo, para que se possa melhor compreendê-lo. Seria um momento de reflexão, no sentido literal desse termo. Compara, então, esses procedimentos com o trabalho do antropólogo que, após interagir de alguma forma com os sujeitos da pesquisa, precisa recorrer a uma reflexão, alicerçada em uma teoria, para poder elucidar ou lapidar o material coletado.¹⁹

¹⁵ F. Herrmann. *Andaimes do real. Livro primeiro. O método da Psicanálise*. 2ª ed., São Paulo: Ed. Brasiliense, 1991, p. 109.

¹⁶ Id. Investigação psicanalítica. In: *Jornal de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*. São Paulo, n.º 55/56, v. 30, p. 07-18, jan. 1997.

¹⁷ Id. *Andaimes do real. Livro primeiro...* op. cit., p. 78.

¹⁸ Renato Mezan. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: Maria Emília Lino da Silva (org.) *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

¹⁹ R. Mezan. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998a, p. 364-5, pas. .

Em outro trabalho, falando do mesmo assunto, acrescenta: “Isso eu considero uma boa pesquisa em psicanálise. (...) trabalha com o individual; trabalha de certa forma com um coletivo; vai ao aspecto do conceito; enriquece uma faceta desse conceito; e volta ao material, para elucidá-lo sob essa ótica.”²⁰ Espera-se, portanto, que o pesquisador possa oferecer novas contribuições a uma teoria ou mesmo à prática de uma ciência, pois “... é uma função muito importante da tese universitária em psicanálise: *aumentar o repertório*. A qualidade da informação de que dispomos atualmente é muito pobre: somos muito ignorantes, essa é a verdade.”²¹

Na presente pesquisa, embora realizada dentro de um ambiente físico utilizado pela clínica, não havia uma proposta psicoterapêutica e os pesquisados eram, desde a primeira entrevista, informados sobre tal questão. Entretanto, por força do fenômeno transferencial, freqüentemente eu era posto no lugar de analista/terapeuta, pois todos os elementos para tais investimentos estavam presentes. Como pesquisador, ocupava um lugar diferenciado e não deixava de ser visto como psicólogo, professor e candidato ao título de doutor e, com isso, inevitavelmente, era visto como aquele que *supostamente* sabe alguma coisa, principalmente no tocante à aids. Além disso, as entrevistas eram realizadas em condições aparentadas com aquelas presentes no espaço da clínica psicanalítica, criando um ambiente propício para que, em muitos momentos, os entrevistados se percebessem “olhando” para os seus próprios sentimentos e para as situações de suas vidas através de um outro enfoque. Uma das entrevistadas costumava dizer: “*Estou pensando nisso agora! (...) Ainda não tinha parado para pensar nessas coisas.*” Outra definia as entrevistas como “*uma psicologia mais profunda.*”

Em outras palavras, as representações solidificadas *no* e *pelo* cotidiano sofriam alterações no decorrer das entrevistas e isso *obrigava* os entrevistados a colocá-las num outro campo. Da mesma forma, esse processo também se aplicava a mim como pesquisador, pois também “sofria” uma ruptura no campo de olhar, adquirindo um novo ponto de vista a partir do qual, quiçá, possa lançar novas luzes. Dentro do contexto, creio ser pertinente o recurso à Teoria dos Campos, pois ela fornece as ferramentas teóricas

²⁰ R. Mezan. Sobre a pesquisa em psicanálise. In: *Revista Psiquê*. São Paulo, ano 02, n.º 02. 1, v. 32, p. 87-97, 1998b.

²¹ Id. *Escrever a clínica*. p. 458.

necessárias para embasar metodologicamente esta pesquisa, conforme discutirei no capítulo a seguir.

A TEORIA DOS CAMPOS COMO RECURSO À PESQUISA

*“Nenhum tempo é tempo
bastante para a ciência
de ver, rever.”*

Carlos Drummond de Andrade²²

Nas palavras de Freud, a invenção da Psicanálise foi um duro golpe no narcisismo da humanidade, pois a nova ciência deixava evidente que o *eu* não é senhor do seu reino. Por outro lado, essa invenção abriu um campo, ou melhor, criou uma ferramenta para que pudéssemos ter acesso ao fruto de um antigo desejo nosso: conhecemo-nos.²³

Postular que o *eu* não é o mandatário maior da casa que habita decorreu da descoberta de sermos impulsionados por forças que estão além do alcance direto da nossa consciência, sobre as quais podemos deduzir a existência somente se soubermos observar os efeitos de suas manifestações. O campo onde se localizam essas forças, Freud denominou inconsciente, um lugar do não-saber. Entretanto, o inconsciente é o “objeto do saber psicanalítico.”²⁴ Dizendo isso, uma pergunta é inevitável: como se pode construir uma ciência cujo objeto é do campo do não-saber?

A maneira de se ter acesso a esse mundo do não-saber é a grande invenção de Freud: o método psicanalítico, ou seja, o *caminho* utilizado por ele e seus seguidores para ter acesso às manifestações do inconsciente e poder compreender a alma humana. Tal caminho consiste naquilo que Herrmann²⁵ denomina de “a arte da interpretação”, a qual exige “uma disposição de *deixar que* surja, para *tomar em consideração*” os conteúdos trazidos pelo analisando. O método dá sustentação às regras técnicas da Psicanálise, que são, por parte do analista, a atitude de *atenção flutuante* no exercício da escuta dos discursos do sujeito em análise, ao qual se espera dar condições para a ocorrência de *associações livres* dos conteúdos que vão emergindo em sua consciência, mesmo que eles

²² In: *Boitempo/A falta que ama*. Rio de Janeiro: Ed. Sabiá, 1973 p. 148.

²³ S. Freud. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. 1914, v. 14; e *Presentación autobiográfica* (1925 [1924]), v.20.

²⁴ F. Herrmann. *Andaimes do real. Uma revisão crítica do Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, p. 180.

²⁵ Id. *Clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 81.

pareçam absurdos e desconexos uns com os outros. Trata-se da criação de um espaço e de uma atmosfera propícios à manifestação da lógica do desejo.

Para que esse procedimento possa ser utilizado, é preciso que esteja sustentado dentro de um campo especial - o campo transferencial - pois a transferência funciona como um “ordenador intersubjetivo”: “... é o vetor emocional (...) que tem o analista como a direção da reevocação [dos] padrões básicos do sentir postos em alguma ordem pelo inconsciente. É a ele (...) e através dele que circulam as apreensões de si e do mundo veiculadas pelo paciente em seu discurso.”²⁶

Com essa idéia de *campo transferencial* chego ao ponto nodal em que esse trabalho se amarra à Psicanálise e à possibilidade do usufruto do seu método para uma investigação acadêmica - o lugar em que a recorrência à Teoria dos Campos se torna mais valiosa. O campo transferencial é a “encarnação primeira do Campo Psicanalítico”²⁷ e, graças a ele, novas representações emocionais podem ser favorecidas pela interpretação, uma vez que ele é o promotor da *ruptura de campo* - “mesmo em situações em que não há o setting analítico.” – acrescenta Herrmann.²⁸

Ruptura de campo é a essência e o fundamento do método psicanalítico na sua busca em ter acesso àquilo que não se sabe, ou seja, acesso às coisas “escritas” num campo inacessível à consciência. Para se entender como a ruptura de campo funciona e como ela pode ser útil para uma pesquisa em Psicanálise, é preciso retomar a idéia de *campo*. Campos são os lugares que ocupamos a cada momento na vida e que nos “sustentam”, embora não tenhamos noção de que estamos dentro deles e normalmente passamos de um para o outro sem nos darmos conta disso. Assim, permanecemos em múltiplos campos, cada um deles organizados inconscientemente ao seu modo – em inconscientes relativos. Trabalho, escola, família, reminiscências, por exemplo, são campos que, muitas vezes, portam incontáveis outros campos agregados, cada um deles regidos inconscientemente pela lógica absurda do desejo.

O campo é tudo aquilo que determina uma relação e é inapreensível no interior dessa relação. (...) Para evidenciar a composição de um campo, não basta sair da

²⁶ Leda Herrmann. *Andaimes do real: a construção de um pensamento*. São Paulo, 300p. Tese de Doutorado (Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005, p. 71.

²⁷ F. Herrmann. *Andaimes do real: uma revisão crítica...* op. cit., p. 41.

²⁸ Entrevista à A. C. Camargo. In: *Clínica extensa. A Psicanálise onde ela se faz necessária*. Dissertação de Mestrado. 2004, p. 40.

relação que ele determina. Mais de uma relação pode ser determinada pelo mesmo campo, em primeiro lugar; num namoro, por exemplo, podemos beijar, discutir, romper e reatar, mas, mesmo rompido o namoro, o campo que medeia entre os dois ex-namorados ainda é o campo do namoro, pois este possui regras que ditam inclusive a forma de cessação.²⁹

No campo psicanalítico, esses campos são postos num lugar único, ordenados pela transferência e, a partir dela, a divisão imaginária que existe entre eles pode ser rompida por intermédio da interpretação e, com ela, ganham novos sentidos.

Os campos vão sendo postos em evidência pelo ato interpretativo; quando os tomamos em consideração, já estamos fazendo uma teoria, ou, para dizê-lo com rigor, prototeoria; o conhecimento psicanalítico então pode e deve entrar em cena, iluminando melhor o que começa a esboçar-se na mente do psicanalista, ajudando-o a completar desenhos presumíveis do desejo do paciente, a partir daquilo que surgiu.³⁰

Isso possibilita que seja elucidada a lógica das emoções inerentes às relações humanas, cujo motor é sempre o desejo. O que se rompe é o nó do desejo que barrava a fluência de um campo para o outro. Na ruptura, novos sentidos podem ser dados ao discurso de um analisando, por exemplo; ou de um entrevistado, como é o caso do trabalho em questão.

Em resumo, a interpretação só alcança uma verdade que supere o problema de reencontrar o que já pôs – seja como interpretante, seja como processo total de montagem – quando, admitindo que o inconsciente é apenas seu produto e que ele é reinventado a cada interpretação, aceita o fato de que, na Psicanálise, nada preexiste ao feito. Antes de evidenciado pela luz da interpretação, o inconsciente é forma potencial, é sombra durante a noite. O valor de cada nova construção/expressão do inconsciente, seu valor de verdade, repousa apenas na possibilidade de criar novas e melhores expressões futuras, na sequência de cada uma e de todas as análises.³¹

Procurando seguir essas proposições da Teoria dos Campos, a obtenção e análise do material desta pesquisa foi realizada a partir da leitura dos textos das transcrições e dos registros de minhas *impressões*, sobre os quais detalharei melhor nos próximos parágrafos. A análise consistiu, inicialmente, num processo de busca por questões que ajudassem a construir um pequeno esboço sobre os comportamentos e os sentimentos dos entrevistados *capturados* por meio da escuta de suas falas no momento das entrevistas e no momento em que eu transcrevia as fitas. Depois disso, partia para a leitura e para a análise do texto

²⁹ F. Herrmann. *O divã a passeio. À procura da psicanálise onde não parece estar*. São Paulo: Brasiliense, 1992, p. 17.

³⁰ Id., *Andaimes do Real. Livro Primeiro. O método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991, p. 200-1.

³¹ Id. *Andaimes do real: uma revisão crítica...* p. 192.

transcrito. Dessa forma, a análise é fruto de três *tempos* em que pude manter *contato* com o material colhido no decorrer da pesquisa.

No primeiro deles, quando as entrevistas eram realizadas, pude explorar a relação estabelecida entre eu e os entrevistados, na qual se inclui o rumo tomado em cada entrevista e a maneira como eles se posicionavam diante dos fatos abordados ou das minhas intervenções. Enfim, um momento importante porque evidenciava o campo transferencial, um lugar onde todos os campos da vida dos entrevistados podiam ser colocados e se tornava uma ferramenta essencial para a pesquisa. Por isso, no final de cada entrevista, registrava minhas impressões, para depois confrontá-las com o material oriundo das transcrições das fitas, o qual se tornava um segundo tempo para a análise.

Nesse segundo tempo - das transcrições das entrevistas – configurou-se um momento privilegiado, pois era quando podia registrar elementos importantes que, às vezes, passavam despercebidos, como nuances das falas, interjeições, suspiros, risos, silêncios e lapsos.* Além disso, podia compreender mais claramente as histórias, pois conseguia juntar fatos aparentemente confusos ou desconexos nos vaivéns dos relatos.

A partir desse momento de transcrição, nascia o terceiro tempo da análise, que era a construção de um texto escrito, o qual passava a se configurar como o principal material de análise. Diria que o registro das impressões e o momento das transcrições funcionaram como uma análise preliminar, quando alçava questões ou hipóteses para serem exploradas nas entrevistas subseqüentes e no cruzamento com o restante do material que ia sendo produzido. Desse procedimento nasciam “microteorias” – ou prototeorias, como denomina Fabio Herrmann - que passavam a ser exploradas, ou melhor, depuradas no decorrer de todo o processo de análise. A cada nova entrevista, novas informações iam se integrando ao material e acrescentando novos elementos, que ora reforçavam as hipóteses anteriores, ora me obrigavam a redimensioná-las – ou mesmo abandoná-las.

Esse terceiro tempo da análise permitiu também um diálogo com os entrevistados. Antes da última entrevista, entreguei para cada um o texto das transcrições, cujo objetivo principal, conforme já mencionei anteriormente, era eles apontarem mudanças, esclarecendo, acrescentando ou suprimindo informações que poderiam lhes ser

* Um exemplo disso pode ser conferido na página 60, com um ato falho da entrevistada Ágata, o qual não foi percebido no momento da entrevista. (Cf. Relatos: Ágata).

constrangedoras. Contudo, havia também o interesse em verificar como reagiriam ao se depararem com um texto que poderia funcionar como um “*espelho gráfico*” de suas vidas. Feito isso, pude dialogar com eles sobre essas questões, principalmente na última entrevista, quando falaram da relação “especular” que tiveram com o texto e o papel da pesquisa em suas vidas - como expectativas depositadas, eventuais benefícios trazidos, receios etc.

O procedimento de análise consistiu, primordialmente, numa leitura do material colhido ao longo das entrevistas. Dessa leitura foi escrita, ou seja, construída a análise, que são os relatos que virão a seguir, tratando individualmente cada caso. Diria que cada caso foi “pensado por escrito” e interpretado no decorrer do processo de narrá-lo graficamente.

O ato de escrever nascia do ato de leitura, mas era por meio da escrita que emergiam novos sentidos aos discursos dos sujeitos. Ao escrever entrava em jogo a interconexão entre os vários campos postos nas falas dos entrevistados e isso permitia uma intertextualidade, ou seja, um diálogo entre o material produzido em vários encontros e uma imbricação com o repertório teórico. “A escrita” – segundo Mandelbaum – “apela à leitura e, quando dizemos leitura, entenda-se uma demanda por interpretação, a realização de uma transformação.”³²

A escrita dos casos a seguir é, portanto, um movimento em busca de uma interpretação daquilo que foi acolhido no momento da escuta. Ou seja, enquanto a escuta foi um movimento de “deixar surgir” e a leitura foi o de “tomar em consideração” o escutado, a escrita foi uma busca de dar novos sentidos aos discursos dos entrevistados. Dar novos sentidos não foi modificá-los e sim colocá-los num campo onde pudessem ser transmitidos dentro de uma rede intertextual. Foi redimensioná-los a partir de uma leitura iluminada pela lanterna do repertório psicanalítico. “A escrita do caso clínico pressupõe um exercício de leitura que re-significa o material da experiência e o engancha, por assim dizer, no interior do campo psicanalítico.”³³

³² Enrique Mandelbaum. A leitura da escuta: a escrita do texto psicanalítico. In: Marion Minerbo; Enrique Mandelbaum. A narrativa Clínica. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise. v. 35 (64/65), dez. 2002., p. 166.

³³ Id., loc. cit. .

Esse processo de enganchamento que menciona Mandelbaum foi sendo realizado aos poucos. Primeiro, foi construído um texto para cada sujeito, fazendo um compêndio das suas histórias e de seus cotidianos. Em seguida, fiz uma discussão procurando pôr em evidência alguns aspectos que denotam os modos de funcionamento psíquico dos entrevistados e a relação destes com a aids. Nesse momento, o referencial psicanalítico, que está subjacente a todo o percurso do trabalho, não é nomeado explicitamente, funcionando como um fundo onde se figuram os casos e suas singularidades.

A apresentação dos casos se seguirá da discussão teórica, por meio da qual articularei o material produzido nas entrevistas, promovendo, assim, um “diálogo” entre ambos e tentando pontuar as singularidades dos entrelaçamentos da aids na vida de cada entrevistado, como também as possíveis semelhanças entre as estratégias psíquicas utilizadas por eles para administrar a presença de uma ameaça aterrorizante, talvez eternamente alojada no próprio corpo.

PARTE II: Os Relatos

NOTA INTRODUTÓRIA

*“Era a mesma resignação e a mesma
persistência, ao mesmo tempo ilimitada
e sem ilusões.”³⁴*
Albert Camus

Nesta parte do trabalho, consta o relato dos depoimentos colhidos. Para cada um dos entrevistados foi construído um esboço de suas histórias, conforme suas próprias palavras, procurando resumir pontos importantes de suas vidas e de como elas foram afetadas pela aids, incluindo, também, alguns comentários genéricos a respeito de como foi o meu contato com eles e as minhas impressões acerca do tipo de relacionamento que mantivemos ao longo da pesquisa. Discutirei alguns pontos importantes desses relatos, fazendo um entrelaçamento de falas, lapsos, sentimentos que puderam ser capturados no decorrer das entrevistas, buscando pinçar conteúdos que possam ser trabalhados no momento de análise, quando irei imbricar os relatos uns sobre os outros, articulando-os com o referencial teórico freudiano, focando tanto questões singulares, quanto aspectos que possa haver em comum.

Como se trata de um trabalho que implica em cuidados éticos especiais, os nomes que aparecem ao longo desses relatos são todos fictícios, incluindo os nomes dos parentes, dos amigos e, também, dos profissionais de saúde citados. Em relação aos nomes fictícios dos próprios entrevistados, pedi a eles que dissessem como gostariam de serem denominados na pesquisa e em outros trabalhos posteriores que façam uso desse mesmo material. Dois deles o fizeram: Ágata e Walker. Os outros dois, Helenita e Ivo, optaram por eu mesmo os nomeasse.

Suas falas ao longo desse trabalho serão apresentadas sempre em *itálico* e algumas informações que possam levar a identificação de seus nomes verdadeiros serão sutilmente alteradas, assim como algumas falas e histórias foram subtraídas pelo mesmo motivo.

O objetivo dos relatos que virão a seguir será de expor fragmentos da história dos entrevistados e as hipóteses sobre os modos de funcionamento da dinâmica psíquica de cada um deles e como a aids interfere (ou não) nas mesmas. Nesse momento do trabalho, não será

³⁴ In: *A peste*. Rio de Janeiro: Record, 1999, p. 163.

feita nenhuma articulação direta com o referencial teórico, embora, subjacente ao material, possam surgir algumas hipóteses psicodinâmicas que serão discutidas posteriormente.

ÁGATA

1- A história de Ágata: aids como um instrumento para a mudança

Joana morava no interior do Acre e sonhava se casar com um seringueiro. Apaixonou-se por Antônio, um amigo de infância, mas ele casou com outra. Quando tinha dezesseis anos foi “roubada” por José, um seringueiro beerrão e, às vezes, violento. Desse amor vivido num seringal foram gerados seis filhos - um a cada dois anos - apesar de algumas surras que Joana levava, principalmente quando José bebia. Num desses dias, após ter recebido algum dinheiro da produção da semana do látex colhido na floresta, José tomou muita cachaça com os amigos num boteco, comendo tracajá como aperitivo. Inebriados, falaram de mulheres, da campanha do Brasil na Copa de 1970, acompanhada com dificuldade pelo rádio de ondas curtas e à socapa se queixavam da política do governo para a borracha da Amazônia. No caminho do boteco para casa caiu de uma ponte, teve várias fraturas e faleceu, deixando Joana sozinha com cinco filhos pequenos e grávida de uma menina que viria a se chamar Ágata.

Não havendo opções, Joana e sua prole de pequenos emigraram para uma cidade no interior do Amazonas, onde foram morar com uma tia de Ágata. Mas essa irmã de Joana não era tão bondosa como a distância e os poucos contatos faziam parecer. Ela não foi nada hospitaleira para com eles. Joana, sentindo-se maltratada e sem apoio, resolveu “fugir” daquela situação. Casou-se com Pedro, também um alcoólatra, mas com uma vantagem sobre o falecido: não batia em Joana. Ágata nasceu e Pedro a criou como se fosse sua filha. Joana e Pedro também se amaram bastante e tiveram outros filhos, mas, doze anos depois, cada um resolveu seguir caminhos “separados”. Nesse tempo, Joana já trabalhava como zeladora em uma escola, na qual Ágata veio a estudar as séries iniciais e a ajudava na limpeza diária.

Criança, Ágata percebia um interesse por algo pouco falado, coisas que as pessoas não revelavam, mas os seus olhinhos e ouvidos atentos observavam. Descobria coisas, principalmente coisas dentro si – desejos. Desejos que movimentavam mais ainda sua curiosidade, mas que, claramente, iam de encontro com a moral pela qual era educada por sua mãe religiosa e pelas freiras do colégio marista que viria a freqüentar na adolescência. Lia

muito. Livros e revistas que pudessem saciar seu interesse por sexo. Mas ninguém lhe ensinava ou a orientava – lamenta-se, hoje. Quando lhe falavam, diziam apenas que sexo é pecado e isso – acredita – ajudou a aumentar o seu interesse. Ninguém, contudo, a orientou que o sexo, além de ser uma fonte de prazer, também tem seus riscos.

Transformou-se em uma moça desinibida e namoradeira, tendo consciência de que era atraente aos homens. Fazia uso dessas qualidades para seduzir, para dominar e gerenciar suas relações. *Nunca fui prostituta – compara – nunca cobrei pelo meu prazer. Mas dentro da sexualidade, em todos os meus relacionamentos, sempre priorizei o meu prazer.* Na sua vida, tudo passava a ser relacionado à sexualidade - ao *sexo-chakra** - como ela gosta de teorizar sobre o seu passado.

Além de contrariar o padrão de educação moral recebida, Ágata também se descobre uma moça diferente das suas colegas, pois não sonhava em se casar e ter filhos. Ainda menina, planejava cursar uma faculdade, ter a sua casa e o seu carro. Torna-se uma mulher *centralizadora, egoísta e perfeccionista*, que profissionalmente prefere ser machista, competitiva e ambiciosa. Filho? *Não é aquele desejo!* Não deixa de ser uma pessoa com forte sentimento de religiosidade. Vai à missa freqüentemente e se *condena* por suas atitudes.

Quando deixa a casa da mãe e se muda para Porto Velho, reside algum tempo com uma das irmãs mais velhas. Termina o magistério e começa a trabalhar como professora. Começa a não se sentir à vontade na casa dessa irmã e convida uma outra irmã, Sheila, para irem morar juntas – “*sozinhas*”, conforme suas palavras. Roque, o irmão-artista, caçula da família, junta-se a elas.

Nesse mesmo tempo, conhece um rapaz casado. Diferente dos outros personagens de sua história, ele não é nomeado. É apenas referido como “uma pessoa”, “aquele rapaz”.

A mulher dele estava viajando e eles começam um romance *bem interessante*. Como numa novela, encantam-se, enamoram-se e a vida deles segue nesse ritmo por mais de dois anos. Ela se *condena*, lembra das palavras da mãe e das irmãs do colégio marista; procura

* Expressão usada na projeziologia para se referir a *sexo + chakra*, que seria o “chakra radical ou sexual básico da consciência humana.” Chakra, por sua vez, é definido como “Núcleo ou campo limitador de energia consciencial (...) energético dentro do soma, fazendo a junção com o psicossoma, atuando como ponto de conexão pelo qual o chakra radical ou sexual básico da consciência humana flui de um veículo consciencial para outro.” Cf. <http://www.iipc.org.br/as-ciencias/glossario-c-d.htm> [acessado em 16/05/2005].

escapar, sair daquela situação. Mas ele a procura, insiste e ela não resiste - não consegue romper o romance. Talvez essa relação ficasse assim por um longo período, mas, num dia qualquer de 1993, começa a suspeitar de uma gravidez. Suspeita confirmada, é hora de contar para ele. No entanto, ele sendo um homem casado, família constituída e desconhecadora da vida dupla que levava, pede que ela aborte. Ela não quer, pois isso contraria mais ainda seus padrões morais.

Ágata se vê só, sem apoio e sem condições de cuidar de um filho. Não vê alternativa que possa contrapor àquela proposta. Aborta, mas a lembrança do filho sempre a acompanha. *Às vezes, consigo identificar o rostinho dele e é sempre do sexo masculino.* Rompem o romance e, na mesma época, consegue passar no vestibular. Entrar na universidade a ajuda a superar a dor da separação e a elaborar o mal-estar das lembranças do aborto. Com o tempo, retoma o ritmo de sua vida, tem outros romances, mas *nada sério, sem compromissos. Era só sexo* - resume.

Assim foi sua vida por aproximadamente um ano, quando, no início de 1995, começa a namorar Sandro, um militar. No carnaval, resolvem se isolar do mundo e curtir o romance só os dois, como numa lua-de-mel, longe da agitação que toma o país em tempos de folia. Apaixona-se e decidem fazer um pacto de fidelidade. Para viverem um amor mais livre, *sem a neurose da aids*, fariam o teste. Assim ficou combinado.

Ele já tinha feito, faltava ela. O feriado da Páscoa se aproximava e eles planejavam repetir os dias de isolamento do mundo como havia ocorrido no carnaval. Tudo ia bem, mas “aquela pessoa” aparece no seu trabalho dizendo para ela fazer o teste da aids, porque ele havia feito e o resultado foi positivo. *Estava tranqüila porque, anteriormente, o meu namorado havia feito o teste e tinha dado negativo. Então, a imaturidade, né? A inexperiência de relacionar um ao outro.*

Foi fazer o exame usando a conhecida desculpa de doar sangue. Precisou usar subterfúgios para que a aceitassem como possível doadora, pois sua massa corpórea é inferior ao mínimo exigido pelos programas de coleta de hemoderivados. Chega o resultado e as poucas linhas do Elisa* apontam para a possibilidade de ela portar em seu sangue o temível vírus da aids. Foi informada de que precisava fazer um outro exame (Western-blot) e, por

* Nome do exame realizado para detectar a presença de anticorpos do vírus da aids no sangue.

isso, talvez tenha tido, num relance, a vontade de esconder do namorado. Preferiu contar, pois não são incomuns os resultados falsos-positivos e, habitualmente, fazem pelo menos três exames para se ter a certeza da soropositividade. Tudo isso lhe dava esperanças. Mas, no segundo exame, o resultado também foi positivo e Sandro, antes mesmo de esperar, decidiu desistir dela. Naquele mesmo dia, deixou-a em casa e disse: *“Vamos ser amigos. Se você precisar é só ligar.”*

Ágata fez, então, o terceiro exame, e sua tranquilidade de outrora já não era a mesma. A vida se tornava pura angústia. Havia pouca esperança de que tudo aquilo não passasse de um grande susto. Ao sair da instituição onde fez os exames, com o envelope na mão, imaginava que estava começando a pagar o preço pela vida que tirou. *Quando você mata, a morte vai te acompanhando.* Viu um ônibus que vinha na avenida que precisava atravessar. Pensou, então, em resolver o seu luto de uma maneira radical. Mas recuou, pois não teria tamanho domínio sobre sua vida. *Não tinha esse direito...* Ou, como viria declarar posteriormente: *Essas questões da vida e da morte não cabem a mim a escolha.*

A Páscoa de 1995 se torna um marco. Desde aquele momento, passa a recordar as datas importantes de sua vida tendo como referência aquela data festiva. No entanto, para ela, é sinônimo de muita tristeza, o avesso dos dias do carnaval anterior.

Um ano depois conheceu Frank, *uma pessoa normal e equilibrada*, com uma família estruturada, com pai e mãe presentes, como Ágata gosta de acentuar. É o avesso do Sandro, o ex-namorado. Frank trabalha em um hospital e gosta de cuidar da aparência física, de malhar o corpo, mas não é muito de estudar e pouco preza questões ligadas à fé religiosa, bastante diferente dela nesses aspectos.

Namoravam há três meses e haviam feito sexo, sempre com camisinha. Ele, no entanto, insistia para dispensarem o preservativo. Numa noite, quando namoravam e um apagão afligiu a cidade, Ágata resolveu lhe contar, pois o namoro ganhava alicerces e se adiasse poderia tornar mais difícil revelar um segredo que poderia trazer revolta ou rejeição, como havia acontecido anteriormente. Frank havia perdido a mãe recentemente e em função disso, ela imagina, deva ter sofrido muito, pois teria somado uma perda à outra. Diferente do ex-namorado, Frank não a rejeitou e continuou a desejá-la tanto quanto antes.

O namoro entre eles se fortaleceu e passaram a ter uma forte relação de dependência.

Romperam várias vezes, mas nunca conseguiram ficar muito tempo um longe do outro. Um desses rompimentos foi motivado pela insistência de Ágata para que Frank fizesse o teste da aids. Como ele se limitava a dar desculpas para não fazer o exame, ela ameaçou terminar o namoro. *Coloquei ele contra a parede.* Ele fez o que ela pediu, mas não foi buscar o resultado.

Percebendo a resistência de Frank em ir até a unidade de saúde buscar o resultado, Ágata decidiu pegar o exame por conta própria, pois sendo conhecida pelos funcionários acreditava que lhe entregariam. De fato entregaram, talvez por *ter dado negativo* – imagina. *Quando o encontrei, disse: “Olha, vai seguir a tua vida porque eu não tenho futuro pra você, eu não posso te dar um filho. Não sou a pessoa pra você. Procure uma mulher saudável, que possa te dar um filho”* Ele pegou o exame e foi embora, mas não passava um dia que não telefonasse para ela e a acusava de tê-lo expulsado de sua vida. Passado seis meses, retomaram o namoro e ela descobria que gostava muito dele, *nos altos e baixos da vida.*

Numa das vezes em que Ágata ficou muito doente, Frank ficou muito abalado e começou a apresentar sinais de depressão. Pessoas de sua família acharam aquela sua reação estranha e começaram indagar o porquê de tamanho sofrimento. Sem forças, precisando do apoio de alguém, acabou contando para uma das suas irmãs. Posteriormente, outros parentes também foram sabendo e não deixaram de apoiar o relacionamento, embora uma das irmãs possa ter dito ao Frank para ele *dar um fim nisso tudo*, porque ela quer sobrinhos e entende que Ágata não pode oferecer isso a ela.

Chegamos assim a um ponto importante na vida de Ágata. Ter ou não filhos, desejar ou não desejar ser mãe. Esse dilema se instalou com a aids e redimensionou a maneira como percebe os próprios desejos e o seu destino. Não se sente segura para engravidar, pois mesmo com técnicas modernas de concepção assistida, há, ainda, riscos de transmissão do HIV da mãe para o feto. *Não tenho coragem de dar isso pra ninguém, principalmente para um filho.*

Entende que, se casar e não puder gerar um filho, tornará Frank *incompleto*, mas, ao mesmo tempo, não gostaria que o desejo de ter um filho fosse a finalidade da união entre eles. Além disso, percebia o medo dele em se casar com ela, o que a deixa preocupada de ele assumir uma relação por se sentir pressionado, contra a sua vontade. Esperava então de Frank a decisão de se casarem, seguindo todos os rituais como uma forma de mostrar, principalmente para os parentes, que ele estava assumindo o compromisso, apesar da aids e da

possibilidade de não gerarem sobrinhos e netos.

Decidiram morar juntos, apesar de Ágata ter resistido a esta situação durante muito tempo. Fizeram vários planos para o casamento, inclusive com o registro dos proclamas nos cartórios, mas adiaram-no por três vezes. Sobre esses fatos, declarou na última entrevista: *A gente quer, eu quero, eu gosto muito dele.*

Além de administrar essas questões de namoro, casamento, ter ou não ter filhos, há de se considerar que, diante da aids, é preciso redimensionar outros aspectos da vida. Com a soropositividade, é preciso ter um olhar mais atento para a saúde, ir ao médico com mais frequência e ser obrigado a submeter-se regularmente a exames laboratoriais para verificar taxas de células de defesa e contagem de carga viral. Com Ágata, três anos depois da fatídica Páscoa de 1995, esses exames apontaram à necessidade de ela aderir aos esquemas de tratamento anti-retrovirais, ou seja, ela mudava da condição de HIV-positivo para a de doente de aids. Desse diagnóstico, emergiram novas preocupações. A primeira é constatar a vulnerabilidade do corpo, ficando-se sujeita mais facilmente ao adoecimento. A segunda preocupação foi de saber da necessidade de tomar vários remédios, todos os dias - quiçá para o resto da vida - cujos efeitos colaterais nela são devastadores.

Esses problemas aconteceram e várias infecções oportunistas se instalaram em seu corpo e se somaram a outros problemas de saúde, não diretamente relacionado à aids. Nessa época, estava com acúmulo de serviço em seu trabalho, que acrescentados as intrigas cotidianas na família, levaram-na a apresentar sintomas de “*depressão e stress*”, conforme definia. Por efeito circulatório, essas questões acabaram se imbricando entre si, impossibilitando até para a própria Ágata saber se eram elas que afetavam a aids, ou se era o contrário.

Quanto aos remédios, a adaptação não foi fácil e, mais de sete anos depois, ela continuava a ter dificuldades em seguir corretamente a posologia recomendada. Queixa-se do tamanho dos remédios que obrigam-na a tomá-los com algo pastoso para poder engoli-los e, principalmente, dos efeitos colaterais, como lipodistrofia, varizes e gastrite. Adversidades que a levam ao limiar de suportabilidade e, por diversas vezes, influenciaram sua decisão de suspender o uso da medicação. Além desse mal-estar imediato, causado pelos remédios, sofre pela transformação de seu corpo, deixando de ser a mulher bonita e atraente de outrora.

Um outro problema, dentro do contexto do tratamento, são as consultas e os exames que freqüentemente precisa fazer. Há sempre o risco das saídas rotineiras no horário de trabalho levantarem suspeitas ou de encontrar um conhecido na unidade de saúde onde se localiza o SAE. *Cada dia que passa, ir ao SAE, pra mim, é mais complicado.*

Ágata, contudo, procura ter uma rotina independente da aids ou apesar dela. Trabalha mesmo quando está com febre ou outro mal-estar. Não admite a possibilidade de se aposentar por causa da doença, pois entende que a realidade das pessoas que vivem com o auxílio-doença oferecido pelo Estado *é de miséria*. Tem responsabilidade para com a sobrinha (Lucinha) e para com a mãe (Joana), que está ficando idosa, embora ainda trabalhe e tenha reencontrado e casado com Antônio, seu antigo amor da infância.

Em relação à sobrinha, o compromisso é de ajudar a criá-la, uma promessa feita para Sheila, sua irmã, quando ela estava grávida e pensava em abortar. *Tenho consciência que preciso trabalhar, me manter. Por isso não vou ficar despreocupada e buscar uma migalha do governo*

Fez duas pós-graduações simultâneas no período em que as entrevistas eram realizadas, inclusive a maioria das entrevistas no ano de 2002 foi realizada entre seu horário de trabalho e as aulas. Por ter levado uma vida tão agitada, começou a apresentar sintomas de *stress* e adoeceu. Não conseguia relaxar, apareceu herpes e precisou ficar dois dias em casa, na cama. Terminado um dos cursos, a vida ficou mais calma, conforme descreve, e voltou a fazer hidroginástica - medida que ajudou a melhorar sua condição física.

Na sua luta contra a aids, no entanto, o principal recurso de apoio encontra-se nos seus sentimentos religiosos. Empenha-se numa busca incessante de respostas para várias questões da vida, da morte e do porquê somos o que somos. Nesse movimento em busca de respostas e de suporte emocional, participou de alguns grupos religiosos ou esotéricos. No ano de 1999, por exemplo, começou a participar do grupo religioso União do Vegetal (UDV)*, o qual faz uso do chá alucinógeno conhecido como ayahuasca ou mariri.** Tomava esse chá, mas

* Nome da religião que Ágata participava naquele momento da pesquisa, a qual faz uso da ayahuasca (ver nota de rodapé seguinte).

** Trata-se de um chá feito pela decocção de ramos e folhas do *caapi* e da espécie *Psychotriade*. É usado secularmente por índios da região, possivelmente advindo do Peru. O efeito desse chá, ao ser ingerido, é denominado de “borracheira”, consistindo em uma espécie de transe e provocando um estado de semiconsciência. Esse chá é freqüentemente utilizado em rituais que resgatam tradições indígenas ou em algumas religiões espíritas.

começou a sentir que a combinação dele com os anti-retrovirais não estava lhe fazendo bem. Quando bebia o chá, sentia cefaléias, dores no estômago e vômitos. *É porque a minha matéria está danificada por causa da medicação. Ela elimina o vírus, mas ataca outras coisas do organismo da gente.*

Na última entrevista relatou que havia deixado de freqüentar a União do Vegetal e estava participando da Projeciologia. Com a ajuda desse movimento esotérico, dizia ter conseguido elaborar melhor a culpa por ter abortado e passava a entender a aids não mais como um preço justo a ser pago por causa dos seus erros e, sim, uma oportunidade de mudança, pois teria desviado do caminho correto de sua vida, em função da sua sexualidade exacerbada. Havia também reencontrado Sandro num supermercado e sentia que havia superado a mágoa, tendo inclusive gratidão por ele ter “permitido” que ela pudesse encontrar Frank, pois, se continuasse com ele, *talvez não estivesse mais aqui.*

Ágata foi o primeiro contato para esta pesquisa. Quando a psicóloga do SAE, chamada aqui de Letícia, perguntou-lhe se gostaria de participar, respondeu dizendo que ela mesma entraria em contato comigo, pois me conhecia. Num evento da UNIR, no qual eu participava, no meio de várias pessoas, ela chegou até mim, sorrindo, e disse: “Oi, eu sou a...” Não me atinei, porque o seu nome verdadeiro é bastante comum e talvez pelo fato do seu comportamento ter sido muito diferente do de outras pessoas HIV-positivas nessas situações, sempre bastante cautelosas ao se anunciarem. Prossegui a conversa falando generalidades tentando adivinhar quem era aquela moça, até ela mencionar o nome da Letícia. Daí respondi com um “Ah!!!” Ela percebeu que eu finalmente havia deduzido quem era ela. Então, novamente sorrindo, disse-me: *“Depois a gente conversa.”*

Dias depois, encontramos-nos, por acaso, em um órgão de administração pública. Simultaneamente ao ato de cumprimentá-la, ela me diz: “Sabia que ia te encontrar hoje...” - disse-me convicta - “... sonhei com você esta noite. Quando a gente vai poder conversar?” Perguntei o número do seu telefone e a que horas poderia telefonar. Disse-lhe, então, que, em alguns dias, lhe telefonaria para marcarmos a entrevista. Feito isso, foi agendada para um sábado de manhã, nas primeiras semanas de setembro de 2001.

2- Discussão

- **Páscoa: uma passagem inesperada**

Na Páscoa de 1995 planejava me isolar do mundo com o meu novo namorado, mas aquela pessoa apareceu e pediu para eu fazer o teste da aids...

Ágata descobriu ser portadora do vírus da aids no período da Páscoa. Tal período, como sabemos, significa passagem. Na herança que recebemos da tradição judaico-cristã, representa a comemoração de uma mudança, de uma situação de escravidão para a liberdade, além da superação de tempos sombrios, inaugurando um novo tempo de esperanças. Ou seja, é a mudança de um estado/lugar ruim, para um outro melhor. Na vida de Ágata, no entanto, esse período, no ano de 1995, ficou marcado pelo inverso dessas significações. A época que deveria ser de entrega ao amor, a momentos de alegria e prazer com o namorado, transformou-se em decepção e desilusão.

Depois que *aquela pessoa* a procurou fez os exames. No primeiro exame o resultado foi positivo e, como é de praxe, fez o segundo para investigar a possibilidade de um resultado falso-positivo. Mas, ao relatar esse fato, suas palavras se revelam paradoxais, começando a desvelar as significações que aids representa em sua vida: *A gente ainda tinha esperança que desse alguma coisa errada.*

O que era para *dar errado*? O resultado do primeiro exame, fazendo com que tudo voltasse ao normal e não passasse de um grande susto? Ou seria um ato falho, denunciando o desejo autopunitivo, como um castigo por algo de errado que tenha feito?

Ágata fez ainda um terceiro exame - como também é habitual - e este também confirmou a soropositividade. No entanto, após a entrega do segundo exame - aquele que se esperava que “alguma coisa desse errado” - o seu namorado a deixou em casa e lhe disse: “*Vamos ser amigos*”. Algo, portanto, começava a dar errado: ela ser rejeitada por quem se apaixonara. *Me apaixonei e isso foi o que mais doeu, porque ele sumiu!*

Ela se apaixonou, ele apenas prometeu que seriam amigos - e sumiu. Mais do que a notícia (in)esperada, doía o abandono. Ele se esquivava, e ela, entretanto, deixou escapar no seu discurso, mesmo anos depois, o desejo que, talvez, forças externas o impedissem de aceitá-la. *Não sei se ele me evitava por causa do trabalho – ele é militar.* Fica difícil imaginar

como uma doença mantida em sigilo poderia trazer problemas para um militar, ou a qualquer outra profissão que alguém tenha. Assim, Ágata racionaliza o abandono e torna menos dolorida a lembrança do período em que sua vida sofreu um revés e lhe traçava um destino fatídico.

As perdas que o HIV trouxe para a sua vida, começando pelo abandono do namorado, deixavam-na impotente para enfrentar a situação e não lhe davam perspectivas de melhora. *Na época em que descobri, eu tinha todos os motivos pra morrer. Tinha sido abandonada pelo homem que eu gostava. Não tinha filhos, não tinha namorado, não tinha nada! Então, poderia muito bem....* Com o seu destino fatidicamente atrelado ao vírus e às limitações que ele impõe, o raciocínio mais apressado apontava para a destruição do próprio corpo como a única forma de se livrar da “escravidão” ao HIV.

Abandonada pelo homem que amo, sozinha, sem ninguém, a primeira coisa que veio à cabeça foi: “Vou morrer!” Depois de sair de lá ia atravessando a avenida e ia passando um ônibus. Então, me veio à cabeça: “Eu poderia resolver isso agora. Entrar ali embaixo e pronto. Acabava a história!” Só que... [pausa] Eu achei que não, não tinha esse direito... [chora bastante]

Após parar de chorar, pergunto-lhe o que pretendia dizer com as palavras “*não tinha esse direito*”. Seria não ter o direito de se matar, pois estaria contrariando preceitos sociais ou religiosos? Ou seria não ter o direito de se libertar do sofrimento?

Naqueles instantes iniciais da primeira entrevista, sua fala, sua maneira de falar sobre si e sobre a vida, traziam-me a impressão de que a doença representava um papel importante em sua dinâmica psíquica, isto é, a aids parecia operar no resultado do jogo de forças entre desejo e culpa. Corroborando esse meu ponto de vista, ela responde: *Hoje já consigo admitir que quero ficar curada. Antes eu nem acreditava.* Justifica essa fala dizendo que antes do HIV ela era uma Ágata e depois se tornou outra, pois era egoísta, perfeccionista e centralizadora. Depois do HIV, passou a perceber o outro com mais clareza. Enfim, acrescentando numa das entrevistas finais: *o HIV foi um instrumento de mudança em minha vida.*

O HIV, portanto, não seria uma fatalidade intempestiva e sem propósito. Esse agente invisível aos olhos, exceto por suas manifestações destruidoras, como se fosse a mão de um deus tirano e implacável, trazia-lhe um destino incontornável e conseqüente aos caminhos por ela trilhados. Em suas próprias palavras, seria o “preço justo” pelos seus desejos e suas

escolhas. Era a consumação da “esperança” - diante do exame do HIV - que algo *desse errado*.

- “Crime” e “castigo”

Foi, eu diria, o preço que eu tenho que pagar pelas minhas ações.

Um destaque importante da história de Ágata é o fato de ela estranhar em suas lembranças da infância não ter tido os mesmos sonhos de suas colegas, em casar e ter filhos. Sonhava em estudar, trabalhar, sair do local onde foi criada e ter uma vida diferente da de sua mãe. Enfim, ganhar independência e autonomia financeira.

Quando eu era criança tinha essa vontade de fazer faculdade, mas não lembro, eu nunca almejei um casamento. Sempre pensei em viver a minha vida independente disso tudo. Ter a minha casa, o meu carro. Mas, nunca fui muito de sonhar com filhos, com família. Aí, veio toda essa situação do HIV, como se a natureza estivesse atendendo a uma necessidade minha e dificultar essas questões de família. Não sei! A gente tem que tomar cuidado com o que a gente pede. A gente pede muito e pode ser atendido de uma forma não muito agradável.

Quando estava na busca desse sonho - uma vida independente - conheceu um rapaz casado. Contrariando os valores morais pelos quais foi educada, manteve o romance por alguns anos. Engravidou e optou pelo aborto. Tempos depois, como já foi relatado, *aquela pessoa* pede que ela faça o “teste da aids”. Feito o dito, é abandonada pelo novo namorado. Enfrentando a solidão e a aids, passou a acreditar que a doença é *o preço que tinha que pagar* devido às escolhas feitas ao longo de sua vida.

Eu tinha um relacionamento com um homem casado e por isso me auto criticava em função da educação que eu recebi. Sempre tive a certeza que mais cedo ou mais tarde eu ia pagar um preço por isso, por tudo aquilo que eu estava fazendo de errado. Resta uma questão: fiz um aborto de um filho dele. Eu vejo que a situação da aids é o preço pela vida que eu não tinha o direito de tirar - e tirei. A natureza, ela é muito sábia, quando você mata, de alguma forma, a morte vai te acompanhando. Quando você deixa viver, você vive.

A aids em sua vida, conforme aparece nesse fragmento, é vista como um sinistro inevitável. Com ela estaria condenada a ser acompanhada pela morte e essa seria uma “punição justa”, pois para ser mãe enfrentaria grandes obstáculos e riscos. Algo que não planejava para si, agora, ganhava uma importância capital. Arriscando-se a uma gravidez, poderia ver a aids ser “eternizada” naquele que seria a continuação de sua vida e, assim, a dor

e a culpa exacerbariam. Diferente de quem deposita nos filhos a missão de sanar as falhas de suas próprias vidas, Ágata se sente impossibilitada à realização de tal sonho, considerando que não se vê com a capacidade de gerar um filho saudável ou até mesmo em poder viver para acompanhar o seu crescimento.

Quando diz: *para quem mata, a morte acompanha*, oferece-nos o exato tom de como a aids é sinônimo de morte para ela. Não só a morte no sentido do fim da vida, o qual ela temia acontecer brevemente, pois lhe tirava as perspectivas de futuro. Fala-se de outras mortes, como a perda da beleza física, de ser desejável ou de poder gerar um filho saudável. Mais ainda, estar obrigada a viver dependendo de remédios que causam estragos em seu corpo, na sua liberdade e até em sua dignidade, pois obrigam-na a se alimentar em horas que seu relógio biológico não se adapta, a esconder os remédios para não ser denunciada e a passar momentos de tensão quando vai se consultar no serviço público de saúde. Assim, a morte a acompanha de várias maneiras e a aids se encaixa perfeitamente nos seus sentimentos autopunitivos. Seria o “castigo perfeito” para tamanho pecado cometido - adultério e assassinato, como suas próprias palavras deixam evidentes. *Meu erro foi ter me envolvido com homem casado, ter me apaixonado por ele, ter engravidado, ter feito aborto. O pior de todos os erros da minha vida, que não é uma perfeição. Sou bastante perfeccionista e era mais, antes da aids.*

- **Os dias depois da aids**

Eu passei um carnaval maravilhoso, mas, na Páscoa, foi uma tristeza. Então, passo a recordar as datas de vida, a partir de março de 1995. Depois de março de 95 passei um ano sozinha. Comecei, então, um relacionamento com uma pessoa normal, um relacionamento com uma pessoa equilibrada. Depois de três meses de namoro falei pra ele.

Ágata aponta para o que lhe parecia improvável: o relacionamento com uma *pessoa normal e equilibrada*. Antes, havia namorado um homem casado que a contaminou. Em seguida, namorou por três meses Sandro, um militar, com o qual *passaria tudo de novo, sem ter medo de passar de novo pelo HIV*, embora, após a ciência do contágio, ele tenha se “esquivado”, nem mesmo cumprindo a promessa de serem amigos.

Tempos depois de ter enfrentado essa situação conheceu Frank e começaram um relacionamento que permanecia até o fim das entrevistas. No entanto, esse relacionamento

tem seus desencontros. *Existem entre mim e ele algumas diferenças. Diferenças conjugais, de educação, de instrução, de fé.* Essas diferenças seriam as responsáveis pelas várias “idas e vindas” no namoro. Mas, nos “altos e baixos” da vida, ela descobriu que ele é muito importante, principalmente depois de terem ficado seis meses separados. Além disso, ela seria o *sustentáculo dele. Ele é puro, ele é natural. Quando tocava no assunto [da perda] da mãe, ele acabava chorando. Então, quando falei pra ele, acho que relacionou as duas perdas. Acho que a minha força de continuar criou uma situação de respeito em relação a mim. Ele entraria em desequilíbrio se a gente terminasse.*

Apesar das diferenças e do HIV, que seria uma barreira entre muitos casais, existe um forte vínculo entre Ágata e Frank, para o qual o vírus colabora nas tramas paradoxais que envolvem esse relacionamento, como pode ser verificado em algumas falas:

Ele, às vezes, fala assim: ‘Sabia que se você não tivesse HIV acho que já tinha me deixado!’ Ele é um doce, mas sei que ele tem medo. Basta eu pegar uma gripe forte que ele fica apavorado. Por duas ou três vezes a gente esteve prestes a terminar o namoro, porque tenho medo. Até hoje tenho medo de passar o vírus pra ele. A gente desconhece o que a gente tem, porque a medicina estuda, estuda, mas sempre tem alguma coisa nova pra descobrir. Eu sinto... descobri... e ele mesmo me confirmou que não tem coragem de casar: ‘Você tem medo de casar comigo, não é?’ Ele falou: ‘É!’

Em outros momentos, diz que o namorado a põe num pedestal, mas ao mesmo tempo lamenta que ele tenha ficado com medo e não ter aceitado o convite para acompanhá-la numa das entrevistas. *Ele falou: “Não, lá eles me conhecem.” Aí eu falei: “Mas as pessoas não vão saber que você vai lá conversar a respeito disso! Deixei pra lá o assunto!”* Relata em seguida que ele não a leva às atividades sociais de seu trabalho, porém, mesmo magoada, evita o assunto, pois tem medo de *meter os pés pelas mãos e estragar tudo.*

Percebe-se que há um tabu no relacionamento, assuntos que são impenetráveis e não podem ser discutidos às claras, pois se o forem, talvez, a união entre eles não sobreviva. Embora Frank seja *um doce*, na ótica de Ágata, ele tem medos: de se contaminar, de que outras pessoas saibam que sua namorada é portadora do vírus da aids, de casar, da namorada adoecer gravemente. Ela, por sua vez, também tem seus receios: de contaminá-lo ou de que as pessoas o estigmatizem porque ele é *quem tem um contato sexual* com ela. *Ele vai ser o principal alvo de toda a discriminação* - acrescenta. Mas, além dessas questões, há, para ambos, uma dúvida que freqüentemente irrompe o silêncio: se ela não fosse portadora do HIV, o namoro teria persistido?

Pergunto-lhe, então: “Como seria sua vida sem o Frank?”

Eu não sei, Juliano. Toda vez que paro pra pensar entro em pânico. Talvez já tenha me acostumado a isso, porque ele sabe, ele aceita. Uma vez ele disse que não o deixava por causa disso. Se fosse saudável já tinha arrumado outra pessoa. Mas, ainda assim, acredito que, se por acaso, acontecer o final desse relacionamento... Não desacredito que não possa encontrar outra pessoa, que não possa vir a amar ou ser amada por outra pessoa. Acho que na vida sempre existe alguém procurando alguém. Alguém que tenha a mesma situação que eu, de vida, quem sabe... Acho que quando você vive a mesma história, o mesmo contexto... Mas gosto bastante dele. Só que acho que não dá pra viver assim. Ele está incompleto.

Pensar na vida sem Frank gera pânico. Ao mesmo tempo acredita que se acostumou com ele, afinal, ele já sabe, não a rejeita por ser HIV-positivo, como ocorreu com outras pessoas. Tenta falar na eventual possibilidade do namoro acabar, mas não termina a frase. Emenda dizendo: *Não desacredito que não possa encontrar outra pessoa*, quando poderia dizer simplesmente: “acredito poder encontrar...” A frase buscando, em excesso, negar algo, parece revelar exatamente o seu oposto: o avesso do avesso. Como se quisesse dizer: “não acredito poder” ou, “desacredito poder encontrar outra pessoa que me ame e me aceite e, talvez, concorde em se casar comigo sem a necessidade incontornável de gerar um filho”. A saída para tal impasse seria encontrar um igual, isto é, uma pessoa também HIV-positivo. Por fim, lembra que gosta muito dele, mas a situação é insuportável, pois *ele está incompleto*.

Pegando a parte final de sua fala, na qual diz que o namorado está incompleto, remeto a questão para ela própria. Como ela se vê nesta situação? Sente-se subtraída, que algo lhe falta? Eis sua resposta:

Olha, uma coisa que eu não gosto é de me sentir pressionada. Tenho me sentido pressionada ultimamente. Eu não tenho essa frustração, vamos dizer assim... Eu gostaria que se a gente chegasse a casar, gostaria de poder ter um filho, mas eu não quero que esse seja o fim do casamento, a finalidade do casamento, entendeu? Alguns momentos eu me sinto meio frustrada, mas aí eu penso: “Poxa, vai casar só pra ter um filho?”

Ela também está incompleta. Incompleta porque a aids lhe tira a liberdade de escolhas. Se a pressionam para casar ou ter filhos, sua “resposta” fica inevitavelmente atrelada à questão da doença. Com a aids, não sabe dizer nem para ela própria se realmente gosta do Frank ou se quer ter filhos. Passa a viver sob pressão. Pressão externa de uma sociedade que cobra de uma mulher com mais de trinta anos a obrigação de casar e ter filhos. Pressão interna, também, por não saber se quer realmente essas coisas para si.

- **O paradoxo de um desejo**

Algumas vezes me pego pensando no fato de não poder gerar um filho. Não poder e não querer gerar um filho. Isso pra mim não é o essencial - ser mãe. Isso pra mim não é essencial, não é aquele desejo. Tanto que eu acho que não teria coragem de adotar uma criança.

Sem a aids, Ágata - citando o namorado - diz que o relacionamento não persistiria. Com essa doença, o namoro persiste, mas encontra barreiras para ir além, porque há o incômodo em se casar e não poder ter um filho sem o risco real de lhe passar o vírus. Por outro lado, esse dilema em ter ou não ter um filho talvez não existisse sem a aids, pois como disse: “ser mãe não é *aquele* desejo”.

Casar e ter filhos não eram e não são prioridades em sua vida, mas foi algo que ganhou novas dimensões a partir da soropositividade e do seu próprio julgamento - que esse é um *preço justo* a ser pago. Os impedimentos trazidos pela aids lhe roubaram a liberdade, ou seja, tiraram-lhe o poder de optar por casar ou ser mãe somente se assim o desejasse. Com a aids não pode mais simplesmente dizer: “Agora, não quero isso para minha vida, mas no futuro...” A realidade é implacável. A doença traz várias limitações e danos. Ao invés de dizer “não quero”, é obrigada a dizer “não posso”. A questão deixava de ser exclusivamente desejar ou não desejar ser mãe, pois a realização desse desejo com a presença da aids no corpo implica em riscos. Em suas próprias palavras: *As mulheres com HIV não podem ter filhos. A probabilidade do contágio existe, da criança nascer com isso.*

A constatação desse impeditivo desencadeia o surgimento do desejo de simplesmente ter o poder para tal e isso acaba confundindo com o desejo de ter um filho. Em outras palavras, o desejo não é de ter um filho, é de poder decidir se quer tê-lo ou não. Isso pode ser claramente percebido na sua fala a seguir, quando diz que gostaria de *poder ter* um filho e não de **ter** um filho: *Eu gostaria que se a gente [ela e o Frank] chegasse a casar, gostaria de poder ter um filho.*

O desejo também não é de simplesmente casar, mas de ser amada, aceita mesmo na sua condição de soropositiva. Deseja que o namorado assuma os riscos e anuncie a familiares e a amigos, e não deixe espaço para que ela se sinta acusada, futuramente, por ter “insistido” numa situação que não era plenamente almejada por ele.

Quero que isso parta dele. Quero é o sentimento. Não quero simplesmente mudar pra casa dele ou ele pra minha. Não é só chegar no cartório e assinar um papel. Se ele chegasse e me pedisse em casamento, comprasse as alianças e a gente firmasse um compromisso. Ele estaria assumindo pra família dele e pra minha família que está disposto a ter esse relacionamento comigo - e pra sociedade também.

Entretanto, o namorado deixava transparecer os seus medos de assumir essa responsabilidade, conforme atesta um fragmento já citado: *Ele mesmo me confirmou que não tem coragem de casar: ‘Você tem medo de casar comigo, não é?’ Ele falou: ‘É!’* Ágata descreveu esta conversa com Frank logo após ter lamentado os comentários feitos por ele a respeito das pressões que sua família vinha fazendo para que constituísse uma família. O pai teria dito a ele para não se deslocar a outro estado no intuito de visitá-lo sem levar mulher e filhos. Uma das irmãs, ciente da doença de Ágata, teria dito para ele dar *um fim nisso tudo, porque quer um sobrinho.*

O pai de Ágata, que não sabe do fato de ela ser portadora do HIV e mora num estado vizinho, cobrou filhos e casamento em uma de suas visitas a ele. Ela, simplesmente, lhe respondeu dizendo não poder ter filhos e ouviu como tréplica o seguinte comentário: *Não, na nossa família não existe mulher solteira. Titia!* E Ágata sente muito mais o peso dessas cobranças externas à maternidade do que a necessidade de ser mãe por motivações intrínsecas.

Possivelmente, esse filho seria um fruto de uma exigência social, tipo assim, casa e aí tem que ter filhos. Ou, então, seria mais para uma satisfação pessoal dele [do namorado]. Eu não sei. Em alguns momentos, quando fico com a minha sobrinha, sinto a necessidade, a vontade de ter um filho. Mas, isso pra mim não é o essencial - ser mãe. Acho que não teria coragem de adotar uma criança, pois tenho medo de diversos fatores, tem a questão da índole, né? É questão da índole mesmo, da personalidade. Essa coisa de adotar uma criança é uma coisa que eu e o Frank acabamos não conversando, até mesmo o assunto casamento foge das nossas conversas, talvez porque eu goste da minha independência e ele também. São dois fatores muito respeitados e a gente respeita um no outro, a gente não ultrapassa os limites, não chega a exorbitar essa liberdade que a gente gosta de ter.

Dois pontos sobressaem nessa fala de Ágata. O primeiro é a forma como racionaliza a rejeição à idéia de adotar uma criança, justificando temer por uma possível má índole ou comprometimento na personalidade da mesma. Algo que soa tão absurdo quanto temer à contaminação do HIV pelo mero contato social, mas, ao mesmo tempo, revela o sentimento narcísico de que um filho só seria “bom” se viesse dela. O segundo ponto é quando usa o verbo *exorbitar* para mencionar o assunto de casamento e filhos não aparecerem nas conversas com o namorado, pois ambos os assuntos, se consumados, significariam ultrapassar

os limites da liberdade que eles tanto prezam. Ter filhos ou casar colocaria em órbita ou excederia os limites de um tipo de vida que, embora não traga satisfação plena, traz benefícios dos quais não estão dispostos a se desapossarem.

Em maio de 2004, disse-me que planejavam casar no fim daquele ano. Quando fizemos a última entrevista, em janeiro de 2005, perguntei-lhe se o planejado havia se concretizado. Rindo, ela responde: *Ah, esse casamento está sendo adiado, não sei há quanto tempo*. Conta que estavam morando juntos e haviam planejado três datas, mas nenhuma delas pôde ser mantida, citando apenas o fato de ter ficado *com raiva por causa de bebida do Frank*, sem entrar em detalhes. A nova data pensada seria o final do mês seguinte àquele que estava sendo realizada a entrevista. *Vai sair, vai sair sim. É uma coisa que comecei e não está tendo conclusão. Então. É um projeto. A gente quer, eu quero, eu gosto muito dele. Não é à toa que já são quase nove anos que a gente está junto*.

Assim, a pesquisa se encerrou com a incógnita sobre se assumiriam o relacionamento dentro dos moldes que Ágata, por vezes, dizia esperar que Frank propusesse a ela, como aparece na fala a seguir: *Veja bem, não é pra mim, a questão do papel é mera burocracia. O que eu quero é o sentimento, a certeza, tá entendendo? Ele dizer, ele ter a certeza de que quer casar. Não é só chegar no cartório e assinar um papel*.

Ou, se seria mais uma situação em que ela se veria obrigada a se resignar, como afirmou na última entrevista citando uma frase de Chico Xavier, dita num tom pesaroso: *“Eu vivo a minha situação com resignação” A palavra é essa: resignação*.

- **Prisioneira de si mesma**

Eu acho a família fundamental no contexto de HIV. O aconchego e o amor da família são muito importantes, porque a solidão magoa.

A seqüência da fala citada na epígrafe acima ocorre no sentido de uma comparação que Ágata começa a fazer entre doentes de aids e pessoas não infectadas pelo HIV. Essa comparação, antes mesmo de ser interrompida, apresenta uma alusão ao fato de o doente de aids estar sob o risco de que algo de ruim - ou até mesmo fatídico - possa repentinamente lhe ocorrer. Ágata diz o seguinte: *a solidão machuca quem, entre aspas, é “normal”, imagine*

quem tem a probabilidade... Embora não dê seqüência a esta frase, é patente o significado que procura transmitir. Quem tem aids está mais sujeito a adoecer, a ser discriminado, a se sentir vulnerável e desamparado. Isso significa mais solidão e necessidade de se ter alguém por perto para oferecer amparo nos momentos difíceis. Por momentos difíceis entenda-se, inclusive, morrer - morrer solitariamente. Por isso, fica evidente quando ela diz não ter do que reclamar, uma vez que tem próximo de si o seu *amor*, a sua família.

Quando compara soropositivos e soronegativos, aparece a palavra “probabilidade”. Tal palavra é, sobretudo, menção ao risco de morrer e ao medo de morrer sozinha, sem amigos, sem família, sem ninguém por perto. A continuação de sua fala desvela tal temor. Vejamos: ... *imagine quem tem a probabilidade ou pensa, tipo: ‘Olha, tu não podes tomar banho de chuva porque, se pegar uma gripe, você morre!’* Acrescenta, dizendo que sua saúde encontrava-se em tal condição de vulnerabilidade que não poderia ser imunizada “*para nada*”, pois o seu sistema imunológico estava bastante fragilizado e, por isso, algumas vacinas, ao invés de lhe proporcionarem uma defesa maior ao organismo, poderiam desencadear exatamente a patologia. Pura vulnerabilidade e extrema sujeição à morte, eram os seus sentimentos naquele momento, pois ficar imunizado *para nada* é a situação limite do doente de aids, muitas vezes, entre a vida e a morte, não podendo contar nem consigo próprio, pois o sistema natural de defesa biológico fica seriamente debilitado.

Esse assunto começou a ser abordado a partir de uma pergunta que eu havia feito no início de uma entrevista. Perguntei-lhe como era a família dela e com quem ela vivia naquele momento. Após descrever as pessoas com quem dividia uma casa – um irmão, uma irmã e a filha desta última - disse que cuidar deles era a prioridade máxima em sua vida e isso seria um dos obstáculos para não se casar, pois temia que eles “*não ficassem bem*” sem ela. Nesse momento, sua fala ganha um tom reflexivo, com as palavras sendo pronunciadas pausadamente. Assim, conclui: *Acho que na realidade sou eu que passo bem sem eles. Analisando, creio que essa dependência é mais minha do que deles.*

Essa formulação de Ágata nos dá a noção de um momento de sua vida e sobre o qual a aids se torna um elemento norteador. Perceba-se o paradoxo: Como ela pode “passar bem” sem a família e ao mesmo tempo descobrir que ela é quem depende deles, e não o inverso? É possível, fazendo uma inferência, tratar-se de algo que só a sutileza de um ato falho pode nos dar elementos para pensar como, internamente, tenta administrar seus temores e desejos.

Dessa forma, a frase era para ser dita da seguinte maneira: *Acho que na realidade sou eu que não passo bem sem eles.*

Se um ato falho ajuda a entender um desejo, mormente desconhecido mesmo para o próprio desejante, qual seria, então, o desejo de Ágata escondido nesse lapso? Viver bem, sem depender da ilusão do amparo emocional “comprado” dos irmãos? Alimentar, mais ainda, o sentimento de estar “pagando” com a aids pelos erros cometidos no passado? Punir-se, convivendo com pessoas sobre as quais tecia comentários como: *A necessidade que eles têm em relação a mim é material ?*

Pergunto-lhe, então, como seria se ela não tivesse condições de barganhar com eles, assumindo a maioria das despesas, em troca de respeitabilidade e atenção. Para responder, usa o exemplo do irmão, tratado com despreço pela sua irmã em função de ganhar pouco e contribuir minimamente com o orçamento doméstico. Complementa: *Se eu estivesse no lugar dele, possivelmente o procedimento seria o mesmo.* Dessa forma, acredita que se não puder “comprar” a atenção e o respeito deles, principalmente da irmã, poderá ser discriminada e condenada a viver na dor e na “mágoa” da solidão.

O curioso de ela usar o verbo *magoar* para descrever o efeito da solidão, conforme aparece na última epígrafe, é que esse vocábulo tem sua origem no uso vulgar da palavra latina *macula*,³⁵ cujo significado figurativo é o sentimento de pesar, de ser ofendido, desonrado. Ocorre que só quem tem poder de magoar é aquele pelo qual se tem amor ou uma estima elevada. As atitudes ou palavras de um estranho podem ofender, humilhar, mas não magoar. Quando Ágata fala de ser magoada pela solidão, está se referindo ao sentimento de desamor e da falta de apoio provocados por tal situação. A solidão até faz sofrer, mas é a ausência de quem se ama o provocador da mágoa. Essa pessoa ausente deveria estar ali, mas não está. Por isso, o sentimento investido para aquele que abandona é a mágoa – ou mesmo raiva – independente de o abandono ter sido voluntário ou não.

O olhar de Ágata para a dinâmica da família lhe dá exatamente essa sensação de poder ser abandonada, pois muitos familiares vivem sob intrigas ou sem qualquer comunicação por longos períodos. Em função disso, Ágata exerce o papel de contatar as pessoas de sua família, de dar notícias uma das outras, inclusive, para lembrar dos aniversariantes e pedir para

³⁵ Cf. Novo Dicionário Aurélio Século XXI. Ed. Nova Fronteira, 2001 [CD ROM].

ligarem para eles. *Sou um vínculo, um ponto de ligação.* A aids reforçaria essa condição de ela ser o elo entre os familiares, pois ao saberem que está doente, os parentes passam a telefonar uns para os outros para comentar. *“Ágata está doente. Está acontecendo alguma coisa com ela!”* Aí, o meu irmão liga pra minha mãe. Às vezes, tenho medo de perder esse elo, principalmente com a criança [a sobrinha]. *Digo que eu conseguiria viver, sobreviver sem Frank. Sem a minha família, não sei.*

Em decorrência dessa fala, faço um comentário a respeito do que ela estava falando. Pergunto se ela está querendo dizer que tem receio de não receber apoio da família se vier a necessitar. Prosseguindo ao meu comentário, ela diz:

Eu tenho esse medo sim, em virtude de alguns acontecimentos. Já me coloquei assim: “Ágata, você se preocupa tanto com os seres humanos que pode ser que, na hora que você precise, não estejam presentes”. Então, eu tenho muito medo disso, de eu estar precisando, de realmente precisar, verdadeiramente precisar, e eles não estarem lá. Então, dá a impressão que eu crio essa situação de dependência pra não sentir que eles estão se afastando, que eles vão ter as suas vidas e vão me esquecer. Antes do HIV não tinha esse pensamento, não pensava nisso. [silêncio] Como te dizia, sou a corrente, o elo de ligação da família. Eu lembro o aniversário de todo mundo e ligo avisando.

Juliano: E lembram do seu?

Ágata: Não! [rindo acanhadamente] *Mas esqueci o aniversário da minha mãe.* [silêncio]

A entrevista precisou ser encerrada, mas o assunto foi retomado alguns meses depois, quando relatou ter esquecido o aniversário do namorado também. Havia se cobrado muito por tais equívocos e não entendia como isso veio acontecer com ela, pois era quem fazia esse trabalho na família de lembrar os aniversários. *Eu pressinto (sic). Não sei se eu transformei isso numa arma, porque ninguém da família lembra. Tenho facilidade para decorar datas e números.* “Você tira alguns benefícios desse dom...” - digo-lhe num tom meio afirmativo, meio interrogativo. *Veja bem.* – ela responde – *Estou analisando isso agora. É de fato uma forma de se sobressair, de se sobressaltar das demais pessoas da família. É uma análise que estou fazendo agora.*

Estou analisando isso agora é uma frase exemplar do empreendimento de Ágata em refletir e repensar a própria vida ao longo das entrevistas. Passava a repensar suas próprias condutas e a perceber seu aprisionamento dentro de um jogo criado por ela há muito tempo, o qual se exacerbava como a aids. Em tal jogo, barganhava o amor das pessoas que a rodeiam sacrificando-se financeiramente ou martirizando-se para ser o elo que une a família, embora

tamanho investimento nem sempre resultasse no retorno almejado. Ainda que tivesse consciência disso, insistia em viver num ambiente tenso, compartilhando suas coisas, mesmo não estando à vontade para tal e, até mesmo, aceitando a invasão de espaços estritamente privativos, como na situação em que sua irmã mudou, sem autorização, o login e a senha de acesso à internet. *Por isso, de uma época pra cá comecei a querer adquirir as minhas coisas. Estou me dedicando para ter as coisas só minhas.*

O desejo que despontava – *começar a querer adquirir* – em alguns meses se transformou em ação. Ao iniciarmos a quinta entrevista, Ágata foi logo dizendo que naquela semana estava mudando de casa, pois os atritos entre os seus irmãos estavam deixando o ambiente familiar insuportável. Viviam constantemente em conflito e ela era obrigada a administrar situações delicadas para decidir quem era o algoz e quem era a vítima. *Já que a gente não consegue viver unido dentro de casa, vamos viver unidos separados*, disse para eles. Ressaltou mais uma vez que deveria ter feito isso antes, mas tinha medo de adoecer e ficar sozinha. *Mas, se eu não fizer isso, não vou viver em paz.*

A irmã e a sobrinha ficaram na casa onde moravam, enquanto Ágata e o irmão iriam morar sozinhos, cada qual em uma outra casa. Entretanto, como a irmã estava desempregada, Ágata decidiu continuar pagando o seu aluguel, pois havia feito a promessa de ajudá-la na criação da sua filha, Lucinha, quando Sheila estava grávida e cogitou a possibilidade de abortar - assim como tinha acontecido com ela - devido à falta de apoio do pai criança. *Hoje, ajudo muito mais. Na realidade, ajudo as duas.* Assumiu uma responsabilidade próxima a um sentimento maternal para com a sobrinha, inclusive, ao cuidar da menina se surpreendia pensando na possibilidade de ser mãe e sempre mencionou o receio de ficar afastada dela. Em outros momentos, ressaltava que sua maior motivação é oferecer-lhe melhores condições de vida. *Penso em ter mais grana pra dar uma escola boa pra ela, pra ajudá-la, entendeu? É como se fosse um filho.*

Ao dizer *como se fosse um filho*, ao invés de dizer *como se fosse uma filha*, parece resgatar o lugar ocupado por sua sobrinha como uma substituta eventual do filho que poderia ter tido. Na primeira entrevista disse: *Sempre vem a lembrança do meu filho. Consigo identificar o rostinho dele e é do sexo masculino.* Podemos pensar a sobrinha como, talvez, o filho salvo, que agora recebe seus cuidados, mas não exige exclusividade e eterna responsabilidade. A sobrinha seria, assim, “*como se fosse um filho*”, mas não o é totalmente e

isso ajudaria a cicatrizar suas feridas sem, contudo, impor-lhe riscos, como o temor de passar sua infecção ou de enfrentar o dilema de ser ou não ser mãe.

- **O tratamento entre aspas**

Estou com mais de um mês - ninguém sabe - e só você vai saber agora. Estou com mais de um mês sem tomar o meu remédio.

“Em outro momento você falou que faz o tratamento entre aspas” – digo-lhe, tão logo pronuncia a frase em epígrafe. Com tal colocação, resgatava uma fala de sua primeira entrevista, quando dizia que as mulheres HIV-positivas, mesmo em tratamento, não poderiam ter filhos. Naquele momento, por meio de uma digressão, ressaltava sutilmente que fazia *o tratamento entre aspas*. Embora essa afirmação tenha chamado a minha atenção, optei em não interromper a seqüência de seu discurso, pois imaginava que esse assunto viria à tona novamente.

Passado oito meses e quatro entrevistas, tendo falado dos seus dramas relacionados ao namorado e à família, de sua luta para ter uma vida independente e com privacidade e, principalmente, do sentimento de estar sendo punida com a aids, chegava o momento de falar dos modos de condução do seu tratamento.

Antes de fazer a revelação de que havia suspenso o uso dos remédios sem comunicar aos familiares e aos médicos, disse que a decisão de morar sozinha tinha a ver com sua busca por mais tranquilidade e, por isso, rechaçou a sugestão da mãe para que ela fosse morar com o namorado. Esse novo passo em sua vida também se configurava como uma nova empreitada na luta contra o HIV. *Eu quero estar tranqüila. Tem essa nova esperança de querer alguma coisa que possa me ajudar.* Dessa forma, Ágata revelava que a decisão de querer morar sozinha estava diretamente relacionada com a suspensão do uso dos medicamentos anti-retrovirais e que tinha motivações para além das brigas entre seus irmãos. Esperava obter paz, tranquilidade e adotar uma nova estratégia para lidar com a aids – lutar por uma nova esperança.

Até então, fazia o tratamento entre aspas, isto é, fazia as consultas, os exames, pegava os remédios, mas nem sempre seguia a posologia recomendada. A partir daquele momento,

havia decidido não mais tomar a medicação e nem se consultar. Era uma decisão tomada há três meses e estava, portanto, trocando um tratamento irregular por tratamento nenhum. Um fato que, no caso da aids, pode significar a mesma coisa se considerarmos o nível de eficiência do controle da carga viral no organismo, pois o tratamento irregular cria condições para o vírus aprender mais facilmente driblar os efeitos do remédio, tanto quanto se não houver tratamento algum.

A falta de esperanças e de confiança de Ágata nos anti-retrovirais, que a faziam buscar novas estratégias de tratamento se apóiam, principalmente, no fato de os remédios não trazerem a cura e sim procurarem manter a carga viral sob controle e evitarem a redução exagerada das células de defesa. Portanto, não é um tratamento que se possa esperar que um dia será interrompido e logrará sucesso. Por isso, ao invés de trazerem expectativas positivas, são associados à própria aids. *Passo o dia inteiro sem me lembrar disso, mas se eu vou beber o remédio...*

Lembrar disso é lembrar da aids, do fato inexorável de ser portadora de uma doença ainda sem cura e estigmatizante. A mesma coisa é ir ao médico – emenda. Não gosto de ir ao médico por causa disso. Não gosto de me lembrar disso, não.

Ir ao médico tem ainda outro fator complicador: a exposição ao risco de ser vista transitando na instituição responsável pelo acompanhamento dos portadores do HIV. *Cada dia que passa, ir ao SAE, pra mim, é mais complicado. Sempre que vou lá tem alguém conhecido. Não é a minha proteção. São as pessoas com quem convivo, principalmente o meu namorado que trabalha num hospital.* Seu temor está em expor a família ou o namorado aos estigmas da aids caso venha a se tornar pública a sua contaminação. Em relação ao namorado o problema é maior, por causa do contato sexual entre eles e porque ele é profissional da área de saúde, podendo ser alvo dos preconceitos de pacientes ou mesmo dos colegas de trabalho.

Sentia-se desencorajada também a continuar o tratamento medicamentoso por causa dos seus efeitos colaterais. *Não agüento! Tenho que procurar uma forma para beber a medicação. São por demais ruins. Passo a beber aquilo lá e volto a ter dor de cabeça, náuseas, mal-estar. Eu sei que tem, mas...* Quando Ágata diz *beber aquilo lá*, podemos compreender o quanto deseja permanecer a grandes distâncias do remédio. Ao invés dos anti-retrovirais serem vistos como algo bom, sinônimo de uma esperança e de garantia de manter uma vida próxima do saudável, são percebidos como parte do mal contra o qual ela luta. Esses

efeitos adversos e mais os outros problemas, como a falta de privacidade quando vai até o médico ou precisa fazer os exames *alimentaram* - segundo suas próprias palavras - *um pouco de negligência* na condução do tratamento. *Mas não é negligência por parte da minha pessoa, porque eu quero ficar boaar.*

Pergunto-lhe, então, quem ou o quê seria o responsável por essa negligência. *Não sei, tem vários aspectos* – é a sua resposta. Disse que estava *cansada* de usar os anti-retrovirais. Acreditava que a causa de sua *negligência* no tratamento poderia ser resumida no *lado emocional* e ressalta a obrigação de ter que tomar a medicação e, ao mesmo tempo, não ter nenhum objetivo definido para com ela. Enfim, os remédios não traziam esperanças, mas devastação para sua vida, causando-lhe estragos, *danos físicos muito fortes*. Por tais motivos, tornava bastante difícil administrar esta situação, pois sendo uma pessoa *muito vaidosa*, o impacto sobre a imagem corporal que via refletida no espelho a deixava infeliz, roubava-lhe a beleza, marcas de sua feminilidade.

A medicação é muito forte e ela acaba provocando outros sintomas. Tenho problemas digestivos muito grandes. Essa região aqui, abdominal, fica muito inchada. Incha, dói. Existe a negligência. Como se você tivesse que fugir do problema. Tem também o problema de circulação sanguínea. Tenho a perna cheia de veias inchadas e não era pra estar assim, na minha idade. Nessa região, não sei nem te dizer. Eu emagreci completamente, emagreci no quadril, fiquei mais inchada, mais gorducha, nesta parte. Tomei uma decisão e fui procurar uma [médica] gástrica para fazer um tratamento paralelo. Mas, acho, é a desculpa para não procurar um tratamento. É o trabalho...

Então, acho que o meu maior problema hoje é de não conseguir me ver no espelho, sabe? Eu gostava de me ver refletida. Falo para o Frank que eu quero voltar a ser como antes. Ele disse: “Com carne ou sem carne, eu quero você viva.” Então eu falei: “Será que eu consigo recuperar as minhas carnes?” Sempre me achei bonita, estética mesmo, parte física! Em algumas pessoas a medicação faz aparecer uma manchinha, em outras atrofia as pernas... O problema é que o Frank gosta de malhar, é um homem bonito. Para nós mulheres, é muito difícil aceitar o que você foi e o que você é...

Registra-se nesta citação do depoimento de Ágata uma ferida narcísica trazida pela aids. Fala-se, portanto, de uma mácula à sua integridade psíquica que impõe um obstáculo ao cumprimento de uma “lei” imposta à mulher de ser sempre bela, sempre desejável. Com a aids e os remédios, seu corpo é transformado, fica inchada, aparecem varizes, perde as *carnes*, a forma. Dentro desse contexto, a aids é, para Ágata, uma ferida narcísica multiplicada. Ela se vê numa situação de escolha na qual é perder ou perder! Tomando ou não o remédio, estará sujeitada à perda da beleza e do poder de ser desejável.

Em outro momento, havia também desistido de tomar a medicação, mas apareceu herpes. *Uma das primeiras manifestações do vírus concretamente.* O herpes, portanto, foi uma manifestação concreta, real, na própria carne, de que o HIV estava com ela e a aids é uma realidade, não havendo espaço para a negação. Em tal conjuntura, as opções se rareiam. Ou se acomoda passivamente diante dos efeitos devastadores do HIV, cujo extremo do prognóstico é a morte; ou, resigna-se diante do ônus do tratamento. Dentro desse raciocínio, resolveu, então, *voltar a tomá-los, porque se você não tem força de vontade...*

Em outras palavras, se não há força de vontade para viver, o destino inevitável é o abreviamento da vida. Isso poderia até ser uma solução para evitar a dor e o desprazer, mas há mecanismos muito fortes que impedem-na de levar essa opção a termo. Além disso, desistir do tratamento pode significar para Ágata enfrentar seu maior receio diante da aids, que é o de morrer definhando numa cama de hospital. *Fico pensando em desistir, mas não é tão fácil assim. Simplesmente dizer que vou parar de tomar a medicação pra morrer logo.*

A morte não é, dentro dessa ótica, uma solução fácil. Como não se sabe morrer e não há quem possa ensinar isso, a solução é encontrar instrumentos para se manter viva. *Como eu não sei morrer, eu vivo [ri]. Eu vivo! Frank é um instrumento, minha mãe...* Sempre há, portanto, a possibilidade do recurso às figuras importantes da vida, como, no seu caso, o namorado, a mãe e a sobrinha. Pessoas que representam razões conscientes para se manter viva, seja porque elas trazem algum tipo de prazer compensatório, seja porque se internalizou um senso de responsabilidade para com elas. Mas esses investimentos não são suficientes para compensarem todas as agruras da vida e nem mesmo para conter os boicotes auto-infringidos, como se fossem pequenos suicídios, percebidos como tal ou não.

Às vezes, esqueço de comer, esqueço de tomar água durante o dia. É uma negligência camuflada, acho que é a pura realidade. Então, é assim, você vai protelando. Não sou um exemplo de cuidados em relação à saúde. Minha irmã fala: “Tu não comes direito, tu não te alimentas e tal” Às vezes, penso que fico desafiando o vírus o tempo todo, sabia? A impressão que dá, às vezes, que eu desafio pra ver até onde que eu posso ir, até onde eu suporto. Sei que não é certo.

Disse que há *frustrações*, porque não se cuida como deveria, mas também não consegue se desapegar da responsabilidade para com seus irmãos. *Poderia estar cuidando de mim, ao invés de estar preocupada com minha família.* Quando faz esta declaração, registra a cobrança de sua irmã pelo fato de ela não se alimentar adequadamente, algo essencial na vida de um doente de aids. Pouco depois, relata os cuidados do namorado, que põe o relógio para

despertar para lembrá-la da hora de tomar o remédio. Queixa-se da família, do namorado, que é o seu exagero de preocupação com eles o impeditivo para dedicar os cuidados necessários a si própria, mas parece não conseguir fazer a ligação com a própria fala que diz serem eles a se preocupar com ela, pois vive boicotando o tratamento, em atitudes submetidas a um forte impulso autodestrutivo. *Essas questões da vida e da morte não cabem a mim, a escolha.*

Se não cabe a ela, a quem caberá?

Esse tipo de coisa é muito confuso. Sempre procurei fazer as coisas mais direito, para não ter que repetir, fazer de novo. Possivelmente é para não admitir, pra não estar nesta situação de desagravo. O termo desagravo, que aparece no final de sua frase, soando fora de tom, só faz sentido se considerarmos sua história e sua necessidade de ser punida. Citei anteriormente sua fala quando diz não caber a ela escolher entre a vida e a morte, colocando-se numa posição de alheamento - de ser objeto da vontade de outrem - como um réu diante de um júri. Retornando à palavra desagravo, temos seu uso jurídico para designar uma ação no intuito de corrigir um erro, uma ofensa; uma tentativa de correção de uma decisão equivocada. Quer dizer também, como verbo pronominal, desforrar-se, vingar-se, tornar menos grave, menos culposos. *Estar nessa situação de desagravo* seria a voz do advogado interno de Ágata que tenta reverter as punições excessivamente severas, que ela própria se impôs. *Não sei se comentei com você que fiz um aborto. Quando descobri que estava com aids sabia que esse era o preço por todas as ações erradas.*

Viver em situação de *desagravo* é, portanto, viver lutando contra sua própria crença de que a aids é uma punição justa e, ao mesmo tempo, é vingar-se, ir à forra. O alvo dessa vingança e dessa desforra não é outra pessoa senão ela própria. É um sentimento de frustração para quem sempre foi *perfeccionista*, que sempre procurou *fazer as coisas muito mais direito, pra não fazer de novo*. A aids, contudo, escancara o inverso de seu desejo. Em primeiro lugar, obriga-a refazer várias coisas, entre elas o de repetir exames para encontrar um remédio – *uma medicação mais forte* – porque não seguiu corretamente o tratamento. Em segundo lugar, pior ainda para quem é perfeccionista, expõe o seu “erro”: *Meu erro foi ter me envolvido com homem casado, ter me apaixonado por ele, ter engravidado, ter feito aborto. O pior de todos os erros da minha vida, que não é uma perfeição. Sou bastante perfeccionista e era mais, antes da aids.*

A saída para essa vida de tristeza e frustrações é se dedicar de forma extrema ao trabalho, aos estudos e à família. *Pensando assim, procuro profissionalmente ser machista, trabalhar, trabalhar muito.* Tentar, com isso, incorporar o mito do macho provedor, sem sentimentos, sem fragilidade ou vulnerabilidade, que não se apaixona, não chora e não sofre. *Não sei se é uma forma de fugir da situação, de não pensar, porque durante o dia não penso nisso. Penso no HIV bem no final do dia, quando eu deito à noite.* O resultado é um tratamento *entre aspas*, intercalado por momentos de suspensão total do mesmo, abdicando de qualquer escudo oferecido pela ciência e se sujeitando “ao desejo” do HIV, gerando um ciclo vicioso, pois abre espaço para o vírus se desenvolver dentro do seu organismo e, por consequência, sofrer mais ainda com a aids.

- **Uma nova esperança**

Eu acredito na cura. Pra mim ela não viria através do remédio.

Ágata demonstrou ser uma pessoa com um forte sentimento de religiosidade e que sempre se empenhou na busca de respostas para indagações a respeito da vida e da morte, tentando, em tal empreitada, tornar-se uma pessoa melhor, ou, para ser fiel às suas palavras: *mais evoluída*. Foi católica praticante, depois se tornou membro ativo da União do Vegetal e, na entrevista final, estava participando da Projeciologia. Além disso, fez cursos de Eneagrama e domina a técnica de Reiki. Disse também que faria a faculdade de Psicologia se o curso da universidade pública não a impedisse de trabalhar, pois o horário de funcionamento é em tempo integral. Enfim, trata-se de uma pessoa que enfatiza em sua vida os aspectos que, no campo dos saberes populares, denomina-se “vida interior”. Dessa forma, não é de se surpreender quando ela traz afirmações como aquela esboçada em epígrafe, demonstrando a existência de uma fina esperança na cura, a qual não seria alcançada por intermédio dos remédios anti-retrovirais e sim por um movimento de descoberta e desenvolvimento espiritual.

Acredito na evolução que eu tenho que trabalhar. Já comecei a trabalhar na minha evolução e tenho tomado remédios naturais. Sei que é um processo lento, mas pra mim ele vai chegar. O que está faltando sou eu trabalhar mais, ter o merecimento, porque eu acredito nisso. Acredito, sempre acreditei que se tiver com a minha

espiritualidade equilibrada... O homem, se o homem tiver com a sua espiritualmente equilibrada, ele é capaz de conseguir qualquer coisa. Algumas pessoas diriam que é muita utopia, que é devaneio, que é fantasia da minha parte. Mas eu não tenho, eu tenho certeza disso. Vai chegar o momento em que eu não vou mais precisar desse remédio.

Enfrentando uma doença como a aids e mais as incertezas e conseqüências do tratamento que por ora é oferecido, não é raro que os doentes recorram a outras expectativas para a cura, além da medicina dita tradicional. Com Ágata não é diferente, como podemos conferir no fragmento anterior. Há sempre uma nova esperança que ajuda a manter os ideais da vida e serve como uma alternativa diante do desespero; ou pelo menos como um paliativo contra as dores e agruras do cotidiano. Na vida de Ágata, no entanto, há peculiaridades que fazem com que a solução encontrada transforme-se também em um problema a ser enfrentado, a ser superado. Martirizada pela culpa – ou “autoculpa”, acatando a fala de um colega seu da Projeciologia – traz toda a responsabilidade para si própria e acaba sendo um peso maior a ser carregado, como pode ser abstraído se olharmos nos pormenores de algumas falas suas. Na fala anterior temos: *O que está faltando sou eu trabalhar mais, ter o merecimento, porque eu acredito nisso. Acredito, sempre acreditei que se tiver com a minha espiritualidade equilibrada...* Um pouco mais adiante, naquela mesma entrevista, declarou que havia se submetido a uma sessão do Reiki. A mestra teria lhe dito que ela poderia se curar. Sua resposta: *“Mestra, primeiro eu tenho que descobrir se eu quero.”*

Por que ela não quereria se curar, se possui tal poder? Sua resposta: *Eu tenho que descobrir que se eu voltar [curar-se], se eu não vou retroceder, sem me acabar, sem me destruir.* Ou seja, voltar a ser o que era antes: *uma pessoa centralizadora, egoísta e perfeccionista.* E prossegue: *Estou com o objetivo de melhorar e me ajudar. Tenho que estar preparada, mas também tenho que controlar esse impulso para que saiba o que realmente desejo.* A aids, acatando essas palavras, seria como uma conseqüência inevitável das suas dificuldades em conter os próprios impulsos. Com essa doença, teria chegado ao seu limite e, agora, tem elementos experienciais da morte, vivenciados no próprio corpo e por isso não lhe restaria alternativas a não ser lutar pela vida. É possível imaginar que ela acredita que, sem a aids, os comportamentos de risco talvez voltassem com a mesma força de antes. Logo, antes de se curar, é preciso ter segurança sobre aquilo que se quer, ter domínio sobre o desejo, ter equilíbrio, para não voltar a ser a “Ágata de antes”. O que Ágata quer, portanto, é impossível.

O pré-requisito imposto a si própria para merecer a dádiva da cura é praticamente inatingível. Da maneira como fala é como se um tirano interno boicotasse suas esperanças.

Em Ágata parece não funcionar a atitude de transferir responsabilidades para outrem e, caso as expectativas não se confirmem, culpar “esse alguém” pelos infortúnios. Seu discurso, procura evidenciar que não deposita nos remédios, no Estado - ou mesmo em Deus - a responsabilidade pelas vicissitudes de sua vida. *Tudo depende da minha vontade e da minha responsabilidade*, conforme declarou na última entrevista, quando descrevia sua relação com personagens da Projeciologia denominados *amparadores*. Explicando-me quem são os *amparadores*, comparou-os com o imaginário dos anjos e dos santos católicos, ressaltando que *esse amparo tem outra função, ele só é um auxílio*. Complementa: *É comum, em outras práticas religiosas, que se você não consegue algo, você passa pro santo, faz uma promessa, negocia. O objetivo não é esse. Você precisa descobrir sua auto-suficiência*.

Apegar-se com amparadores e não com santos ou anjos, vai ao encontro das suas necessidades de assumir por conta própria as rédeas do seu destino, sem abrir espaço para barganhas ou expectativas que seres sobrenaturais possam socorrê-la. E dentro dessa ótica, a postura de Ágata torna a sua situação mais difícil, pois ela se obriga a barganhar consigo própria. Depositar apenas em si a responsabilidade por uma cura incerta, transformou-se em um peso maior a ser carregado, aumentando o seu sentimento de solidão diante dos obstáculos. Mas, por outro lado, também traz benefícios. Um exemplo disso pode ser tirado da maneira como se posiciona diante das respostas do seu organismo ao HIV. Por diversas vezes relatou que a sua imunologia encontrava-se em uma situação perigosamente vulnerável, enquanto a carga viral no mesmo período era altíssima, um fato possivelmente conseqüente ao tempo em que ficou sem tomar a medicação. *A dra. Dalva não sabe porque ainda eu estou viva!* – brincou na última entrevista. No entanto, a própria médica dava-lhe os elementos para explicar sua capacidade de se manter viva, mesmo com indícios laboratoriais contrários a isso. A profissional teria lhe dito que ela é um dos poucos pacientes que não quis se aposentar por causa da aids. Com isso, acredita que não precisa viver de *solidariedade* e nem *buscar migalhas do governo, como um portador de deficiência*. Ou seja, ela tem uma condição social diferenciada da maioria dos pacientes e mais oportunidade de ter informações que possam lhe auxiliar também uma alimentação balanceada, adequada ao portador do HIV. *Tudo isso ajuda a me manter mais resistente. E a minha cabeça... Eu procuro estar bem, os meus pensamentos ser os mais sadios possíveis. Tenho uma vida boa!*

O fato de trabalhar, estudar, ocupar-se de modo geral e ter compromissos e responsabilidades, permitem, conforme suas próprias crenças, *criar esperanças, para poder dar seqüência*. Ou seja, enquanto há pessoas que se entregam, compara Ágata, ela vai à luta. *Essa é a minha luta, não me entregar*. São fatores que lhe dariam forças para enfrentar, mesmo com resignação, as adversidades da vida, principalmente aquelas oriundas da soropositividade. Num ciclo virtuoso, a partir do momento em que se obriga a trabalhar, contrariando, muitas vezes, o comando de um corpo debilitado e doloroso, ganha razões e novos significados para se manter viva, ativa. *Aprendi a não ceder, pois graças ao meu trabalho levanto, mesmo quando não tenho forças*. Fazendo um trocadilho com um sucesso do cantor Zeca Pagodinho, despediu-se de mim na última entrevista, com a seguinte frase: *“Eu levo a minha vida como posso. Não deixo a vida me levar.”* Ela acredita que essa sua atitude possibilitou-lhe ter conseguido superar ou, pelo menos, aprendido a administrar alguns sentimentos como amargura, ressentimentos e culpa.

Por ter uma vida ativa e altiva, bastante próxima de qualquer pessoa saudável, seus amigos, cientes da sua odisséia, pedem para ela relatar, tornar público como num testemunho. Em função disso, participar desse trabalho passou a ser um veículo substituto para o seu interesse em contar a outras pessoas um pouco de sua *história de superação*, de *que existe vida após a aids*. Sobre isso, acrescenta:

Hoje, o que tem me motivado é poder dar testemunho, é poder dar mais esperança para as pessoas que, entre aspas, têm uma “doença incurável”. Quando você me convidou, achei que era uma forma de eu escrever isso, de contar, através de você, do meu trabalho.

Essa história de *superação* evidentemente não se conclui com a pesquisa. No entanto, é possível registrar pelo menos algumas mudanças no discurso de Ágata ao longo dos anos em que pude acompanhá-la. De sua fala peremptória no início da pesquisa, quando dizia que a aids é o preço justo a ser pago, com o tempo, ganhou a conotação de ser o instrumento de mudança em sua vida. *Durante um tempo achei que o HIV era o preço que eu tinha que estar pagando. Hoje não, eu vejo que o HIV é o instrumento para a minha evolução.*

Questiono, então, se ela está colocando a aids como algo inevitável em sua vida. Sua resposta é afirmativa, pois acredita que tudo em sua vida sempre foi relacionado à sexualidade, a qual teria aflorado precocemente e com muita força. Seria seu calcanhar de Aquiles, o “ponto mais forte” das suas fraquezas. *É onde tem queda mais forte, é onde foi*

atingido – declarou. Isso a teria induzido a se desvirtuar, a sair da trilha correta, de um caminho já traçado.

Você planeja sua próxima vida. Essa programação você deve cumprir. Existe alguns fatores que te desviam desse caminho. Acredita-se que aquela consciência que tenha a oportunidade de programar a sua vida, põe algumas coisas para que ela não se desvie do caminho. Quando ela está se desviando do caminho, ocorrem alguns acidentes, patologias e fazem com que ela volte. Pra mim, hoje, o HIV ele é este instrumento, porque eu estava muito ligada no sexo-chacra, muito bonita, gostosa dentro do padrão masculino. E eu utilizava isso, pra seduzir, pra gerenciar, pra ser dominadora e estava esquecendo de outras coisas. Isso veio mudar.

Ser contaminada pelo vírus deixa de ser o preço justo, mas continua a ser visto como algo que se encaixa adequadamente ao estilo de sua vida. Em primeiro lugar por ter sido contaminada numa relação sexual e depois por ter afetado seu poder de atratividade, seu “sex appeal”, obrigando-a a refrear seus impulsos e a modificar sua maneira de sedução. *A minha sedução hoje talvez seja mais energética, mais de apresentação, de elegância, de fala, de gentileza, de postura. Não é mais da forma física.* Além disso, a aids traz cansaço e rouba sua energia sexual. *É lógico que a frequência de nossos relacionamentos, em função da própria patologia, do cansaço, deu mais tempo.**

Embora, nesse seu novo discurso, a aids não tenha uma conotação de punição, a doença continua sendo vista como um corretivo, do qual ela estava necessitando para não se destruir e para abandonar um estilo de vida considerado reprovável por ela. Assim, acrescenta: *Se não fosse isso, seria outra coisa. Sabe por que? É assim: normalmente você entra em reflexão quando acontece alguma coisa. Seja uma decepção emocional, seja um acidente, seja a experiência de uma pessoa mais próxima, de sua família, que você pára, pensa e começa encaixar... E pra mim foi o modo certo de mudar.*

A aids seria *o modo certo de mudar*, ou seja, deixava de ser vista como o “preço justo a ser pago” por seus erros, mas continuava sendo vista como uma consequência devido aos caminhos tomados no passado. A aids, portanto, é *justa* para ela; devidamente *ajustada* à sua vida. É *o modo certo de mudar*, de deixar de ser a Ágata egoísta, centralizadora, perfeccionista, sedutora e preocupada apenas com o próprio prazer. Assim, entre mudanças, passagens, novas esperanças, sua vida permanece dentro de um paradoxo e ela fica prisioneira do seguinte dilema: ou considera a aids como um mal em si, indesejável e, por isso, devendo

* Ou seja, diminuiu a frequência.

lutar para expulsá-la de si; ou se deve vê-la como um instrumento de transformação, de evolução e, por isso, devendo aceitá-la com resignação.

HELENITA

1- A vida de Helenita: a aids à sombra de uma *aliança*

Estou numa rua do centro de Porto Velho, por volta das 21h. Tão logo prendo o meu filho no sinto do banco traseiro do carro e me dirijo para a porta da frente, alguém vem em minha direção, me abraça e diz: “Não se preocupe, não vou te assaltar. Você me conhece e eu conheço a sua família. Preciso que você me ajude; arranja um dinheiro pra eu comprar comida.” Ele se veste bem, a roupa é limpa, não há nenhum detalhe no seu corpo ou nas suas vestimentas que lembre a maioria dos pedintes que nos aborda freqüentemente em busca de “uma moeda, um trocado”. No entanto, ele tem um cheiro forte de álcool, pronuncia as palavras de uma maneira ansiosa, com algumas frases desconexas. Repete várias vezes que tem família, que eu sei quem é o pai dele. “Me dá um trocado, por favor, não vai te fazer falta.” Já com o carro ligado, porta entreaberta, digo: “Vá pra casa, tua família deve estar te esperando.”

Saio devagar, bastante cauteloso, com medo que ele se colocasse à frente do carro e se machucasse. Acompanho-o de relance pelo retrovisor, tentando lembrar de onde eu o conhecia. Passo em frente de uma loja maçônica e lembro da minha entrevistada Helenita que sempre falava do marido que se embriaga e fica pelas ruas pedindo dinheiro para poder se drogar, usando principalmente o nome do pai, que é maçom e conhecido na cidade. Penso na dificuldade em escrever o seu caso, pois suas falas focam muito mais o marido que ela própria. Imaginando se o rapaz que me abordou não seria o Joaquim, o seu marido, volto a me indagar o porquê de ela parecer ignorar o sofrimento trazido pela aids e acentua o sofrer por causa dele, pelos problemas que ele traz, fazendo com que, no seu mundo, representado no seu discurso, não haja mais nada, além do marido. Procuro, então, relembrar as razões que me levaram a escolhê-la, para participar desta pesquisa, entre tantos outros doentes de aids registrados no SAE.

Retomando meus registros do início da pesquisa, verifico que tal escolha se baseou em algumas informações contidas na sua ficha, as quais apontava para o fato de ela ter uma

escolaridade e um padrão de vida econômico inferiores aos outros entrevistados com quem eu já havia feito contato – Ágata e Walker - pois ela e o marido dependeriam exclusivamente do serviço público quando apresentam problemas de saúde e sobreviveriam apenas com o auxílio-doença do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Constava também a possibilidade de ela ter sido contaminada pelo marido e que estava tendo dificuldade para se adaptar às drogas anti-retrovirais, além de fazer uso constante de psicofármacos.

Considerando o aumento de infectados pelo HIV entre a população mais pobre e, principalmente, a crescente feminização da aids no Brasil e no mundo, cujas vítimas são em sua maioria mulheres que se contaminaram pelo contato sexual com parceiros fixos, imaginei, naquele momento, que o depoimento de Helenita poderia ser muito importante para os objetivos do meu trabalho. O fato de ela usar psicofármacos com frequência, sem haver qualquer problema neurológico ou psiquiátrico diagnosticado, levou-me a suspeitar de uma dificuldade maior em lidar com questões do seu cotidiano, correlacionadas ou não à aids. Isso reforçava o meu interesse no caso.

Quando as entrevistas começaram, pude perceber que, embora as condições financeiras de Helenita não sejam satisfatórias para administrar a própria vida, ela e o marido são subsidiados pelos pais dele, os quais têm uma condição econômica estável. Por tal razão, esse caso contrariava as minhas pretensões iniciais de poder ouvir uma pessoa economicamente desamparada. No entanto, considerando os aspectos relacionados à feminilidade e à vida da mulher com aids, cumpriu a contento com os meus objetivos.

Helenita tinha 29 anos no final de 2001, quando as entrevistas iniciaram. Estava casada há 10 anos e com um filho de sete anos, na época. Soube que é doente de aids em outubro de 1996, cuja data exata não lhe escapa. Essa descoberta somou-se a outras perdas e decepções em sua vida, misturando-se e confundindo-se com elas, como veremos mais adiante.

Aos nove anos a mãe morreu. *Era uma mãe que fazia tudo para os filhos* - relembra. Mas, era também muito rancorosa e tensa, por isso, depois de enfrentar algumas decepções, morreu *de amargura*. *Acho que tenho muito a ver com ela* - compara. O pai, um ferreiro bebedor, fazia dívidas nos botecos e constantemente precisava ser carregado pelos filhos porque desmaiava de tanto beber. Quando chegavam em casa com o pai inebriado, a mãe disparava a se queixar, uma atitude bastante “estranha” para Helenita, pois não entende o

porquê de a mãe ficar *brigando* com alguém inconsciente, ao invés de *ajeitá-lo* para dormir e esperar até o outro dia, quando ela teria condições de escutá-lo, assim como Helenita faz com o marido.

Três anos depois da morte da mãe de Helenita, o seu pai se casou novamente. Por causa do trabalho, ele precisava viajar e a madrasta cuidava dela e dos irmãos. No entanto, a nova esposa do pai se mostrou uma pessoa *fria e rigorosa*, que não aceitava ser chamada de “mãe”. Sendo Helenita “ *muito atrevida*” vivendo “*a passagem da infância para a adolescência*”, não tardaram a surgir intrigas entre elas duas. O pai, influenciado pelas queixas da mulher, teria lhe aplicado algumas surras e isso gerou *um ódio* não dissipado, mesmo duas décadas depois.

Helenita não gostava muito de estudar. Interrompeu os estudos na sexta série do ensino fundamental. Esperava se casar com um homem bom, que lhe ajudasse. Ao recordar do seu sonho, lastima: *Queria me casar. Ai, grande futuro!*

Num baile de carnaval, quando tinha de dezesseis para dezessete anos, conheceu Joaquim, um caminhoneiro que lhe despertava *raiva*, pois seria o avesso do seu ideal de homem atraente. *Eu não gostava de gente de cabelo encaracolado, gordo. Tudo o que eu não gostava num homem ele tinha.* Um pouco mais de três anos depois, estavam casados e, com mais três, nascia Fernando, o único filho deles. Moravam numa cidade do interior do estado de Rondônia e Joaquim trabalhava com os caminhões do seu pai, que já residia em Porto Velho. Tempos depois, o pai de Joaquim pede para o filho levar os caminhões para Porto Velho e morar com eles.

Logo após a chegada em Porto Velho, Joaquim, dirigindo o carro do pai, sofre um acidente grave. Como é habitual, foram feitos vários exames, entre eles estaria também o de aids, segundo vieram contar posteriormente para Helenita, cujo resultado teria sido negativo. Entretanto, a família não confirma esse fato. *A mãe dele acha que ele já tinha a doença. Mas o menino [o filho] tinha trinta dias de nascido. Ele ia nascer contaminado, né?*

Morando em Porto Velho, Joaquim mudou bastante os seus hábitos e isso leva Helenita a fazer uma descoberta que alterou profundamente sua vida. Descobriu que o alerta feito por uma concunhada, pouco antes dela se casar, não era *brincadeira*, como ela preferiu pensar na época. Com a ajuda de um parente, foi atrás do marido e soube que ele é um usuário

contumaz de drogas. *Foi como se me dessem uma paulada na cabeça.*

Um ano depois dessa descoberta, entre o quarto e o quinto ano de casados, ela começa a ter uma forte diarreia, incessante. Depois de vários remédios e os sumários exames de fezes e hemograma, uma médica do Hospital de Base em Porto Velho a chama no canto, como quem conta um segredo, e diz: “*Nós vamos fazer esse exame, porque não sei mais...*” Helenita começou a chorar, mas estava muito debilitada e a idéia de ter uma doença impronunciável se tornava menos insuportável. Pior seria continuar ignorante a respeito do mal que tanto a fazia sofrer. “*É melhor descobrir logo, porque eu não agüento mais.*” No entanto, precisou suportar ainda um mês de tratamento e mais três meses até que o resultado do exame chegasse. Quando o resultado chegou, uma assistente social telefonou para sua casa e pediu-lhe para ir até a instituição. Queixa-se por não terem lhe explicado o diagnóstico, apenas disseram que o resultado era positivo e a encaminharam para o CEMETRON, porque lá iriam fazer o tratamento. *Na hora nem percebi que ela estava agitada.*

Nesse período, Joaquim estava viajando, retornou *em febre alta* e disseram que ele estava com virose, mas depois descobriram que era tuberculose. Como o resultado dela foi positivo, pediram para ele fazer o exame do HIV. Confirmado em ambos, começaram a fazer o tratamento contra a aids. Ele se adaptou bem, recuperou-se rapidamente da tuberculose e *se entregou* mais ainda às drogas. Ela, entre um problema e outro, não conseguiu se adaptar aos efeitos dos remédios e *entrou no resgate*. (Resgate?) *É. Já tomei todos e não me adaptei. Por isso tomo apenas um deles e espero que venha outros remédios. Esses que tem no Brasil, já tomei.* Sentia um grande mal-estar e tinha vômitos, diarreias, cefaléias e anorexia. Por causa desses efeitos colaterais, perdia massa corporal rapidamente e, por retroalimentação, tornava mais difícil tomar os anti-retrovirais.

A aids e sua relação com Joaquim vieram a intensificar sua vulnerabilidade e afetaram mais ainda sua saúde que sempre foi frágil, deixando-a praticamente impotente para lutar contra as mazelas que se abateram sobre a sua vida. No decorrer da pesquisa, foi internada algumas vezes e, constantemente, precisava recorrer a consultas médicas e psicológicas por causa de vários sintomas - alguns relacionados à aids e outros não.

Entre 2003 e 2004 conseguiu sair do *resgate* – ou melhor – foi “resgatada”. Os médicos puderam associar um inibidor protease (Kaletra) com outros dois inibidores de transcriptase reversa (ddI e AZT) e, finalmente, estava dentro de um esquema de tratamento

contra a aids.* Sua massa corpórea se elevou pra 46 quilos e seus exames, pela primeira vez, apresentaram o resultado “indetectável” para sua carga viral, isto é, as quantidades de cópias de vírus por milímetro cúbico de sangue estavam inferiores a 50. No entanto, ela continuava a ter “*umas crises depressivas*”, com problemas estomacais, cardíacos e a elevação nos níveis de triglicérides. (Qual a causa?) *Aquilo que passo com o meu marido.*

Voltou a ser internada no CEMETRON e seu peso reduziu para 38 quilos, não tendo recuperado até o início de 2005.

A aids, portanto, afetou profundamente sua saúde e muitos outros aspectos do seu cotidiano. Em primeiro lugar, precisa se forçar a comer em horários que não gosta, pois só assim pode tomar os remédios. Não sai de casa sem uma sombrinha, por causa do sereno, de uma eventual chuva e do sol escaldante que nunca cede em Rondônia. Em tempos de epidemia de malária, não vai aos retiros da igreja; quando vai, precisa pedir para ter um tratamento especial, como o horário de alimentação e de descanso exclusivos. Ao cozinhar, preocupa-se em se cortar, embora saiba que a possibilidade de contágio por meio de um alimento seja mínima. Na casa do seu pai, separa um copo para usar no período em que está lá, assim como não senta nas camas, pois sabe do incômodo e dos receios da madrastra.

A época em que soube da presença da aids em sua vida era próxima ao aniversário do filho. Resolveu, então, fazer uma festa enorme, mais que poderiam pagar. Entendia que iria morrer em breve e aquela seria a última festa para o filho. *Botei na cabeça que ia morrer. Diziam: “Mas porque fizeram esse aniversário, fizeram esse sacrifício?”* Passaram-se outros aniversários e ela “tirou da cabeça” a crença de morrer em breve, mas não deixa de se preocupar. *Cada ano que eu passo, cada dia das mães, meu aniversário, fico pensando assim: “Será que vai ser o último? Será que no ano que vem vou estar aqui no natal?”*

Na última entrevista descreveu uma experiência que deve ter sido muito difícil de ser digerida. Ela havia sido encaminhada para uma endoscopia por causa dos problemas estomacais mencionados parágrafos atrás. No decorrer do exame, ela resolveu revelar ao médico sua soropositividade. Percebeu que ele mudou e lamenta-se: *houve uma rejeição!* O profissional teria interrompido o exame e dito: “*Levante!*” *Eu vi que ele mudou a personalidade (sic) dele, totalmente. Aí, foi quando ele saiu, passou pela moça, a próxima a*

* Ver “Anti-retrovirais” (ARV) na Lista de abreviaturas, siglas e termos. (Anexos p. 259).

fazer o exame. “Não podemos fazer o exame. Trinta ou quarenta minutos para esterilizar os aparelhos.” E se eu não tivesse falado? Ficou revoltada, mas preferiu ignorar e não acatar o comentário do marido de que ela deveria processar o médico. Eu disse: “Não gosto desse negócio, não!”

Para enfrentar todos esses sofrimentos recorre à sua fé de religiosa. *Acredito nos médicos, nos psicólogos, mas primeiramente minha fé está em Deus.* Ela era católica, mas se cansou das ladainhas, das rotinas dos rituais daquela igreja e da falta de vínculo e de atenção aos fiéis. Foi para a igreja pentecostal Universal do Reino de Deus, onde gostava das orações, das pregações, mas se incomodava com os “leilões”. *Se você não der [dinheiro], você é covarde, não tem fé em Deus...*

Depois de vários convites da irmã, começou a freqüentar outra igreja evangélica, tendo se adaptado bem, a ponto de ter confiado para alguns membros que é doente de aids, pois, às vezes, há retiros espirituais e ela precisa se alimentar em horários fixos, por causa dos remédios. Quando isso acontece, uma pessoa da igreja cuida para que ela seja assistida nesses aspectos. Ressalta que no ambiente dessa igreja há apenas um incômodo: o fato de os fiéis estarem sempre bem trajados e ela não possuir roupas à altura. *Sinto um complexo de inferioridade.*

Um outro problema a ser administrado, da mesma forma como vimos com Ágata, é ir ao SAE para se consultar, ou quando precisa ficar internada no CEMETRON. No SAE enfrentou algumas situações como essa: *“Ah, você vai se consultar? Quem está com HIV?” Mesmo que a gente não queira, é um susto!* Helenita fica, então, na dúvida se a pessoa sabe, ou desconfia, ou está ironizando ou simplesmente está fazendo um comentário despretensioso. Uma vez, não lhe restando alternativa, partiu para a ironia e o sarcasmo. *“E se eu falar que sou eu?”* Após provocar um *choque* no interlocutor, complementa: *“Brincadeira boba!”* E se justifica por tal atitude: *Faço só de mal, é uma maneira da gente retribuir, né?*

No CEMETRON, o incômodo está na representação do próprio hospital, associado a doenças graves como hepatite, meningite e a própria aids. Além disso, é preciso dividir enfermarias com pacientes graves, como ocorreu numa de suas internações, quando um paciente morreu e ela ficou sozinha, com medo e sem conseguir dormir. Daí, é preciso encontrar alguém para acompanhá-la à noite, pois o marido precisa ficar com o filho ou porque, dependendo da administração da instituição, é proibido marido e mulher pernovernarem

no mesmo quarto.

Em uma internação em 2001, quando nenhuma outra pessoa pôde ficar com ela, sua madrastra foi escalada a acompanhá-la. *Todo canto pra ela era contaminado. Ficava jogando coisas na minha cara. “Quem era pra estar aqui foi quem te contaminou!” É mesmo que me dar uma facada, pegar um pau e me dar uma paulada.* Por isso, prefere ficar nas enfermarias mais próximas à saída do hospital, diferente de outros doentes de aids que se sentem mais protegidos nos quartos da parte mais interna da instituição, pois estão menos sujeitos a serem identificados - por visitantes e demais internos. Tal escolha tem um lado negativo. Às vezes, é obrigada a ouvir da colega de enfermaria alguns comentários depreciativos a doentes de aids. *A pessoa fala que está com medo de estar lá, porque tem tuberculoso, aidético. Aí eu fico... fico engasgada, com vontade de dizer “E aí, eu sou!” Mas aí eu falo que não pega. “Não é bem assim. Não pega assim, não”.*

Ficar engasgada, engolir sentimentos mesmo quando tem vontade de falar, foram críticas à própria conduta sempre presentes nos depoimentos de Helenita. Quando se queixava dos problemas com o marido, com a família dele, das intrigas com a madrastra, do mau atendimento nos hospitais, dizia que preferia ficar calada, controlar-se e não brigar. (Resolve?) *Às vezes não dá. Não explodo (sic) com as pessoas, mas dentro de mim estoura.*

Explodir dentro de si é como ela nomeia os sintomas apresentados depois das crises de nervos. Além de alguns, citados linhas atrás, apareciam também manchas pelo corpo (*Como se tivesse levado uma pisa!**), alterações frequentes da pressão arterial e desmaios.

Um dia, após o marido lhe dizer que só estava com ela porque não tinha condições de comprar uma casa e mandá-la embora, ficou furiosa e se lembrou do comentário do médico que, bastava ela ter “qualquer coisinha” com Joaquim para ir parar no hospital. Lembrou-se também das palavras da psicóloga (“*Não engula!*”). Daí, teria resolvido *ir ao fundo do poço e jogar tudo na cara dele. “Hoje eu não vou parar no hospital, hoje eu não vou me velar...”* - teria dito para o marido, entre outros desabafos.

Depois de discutir com o marido, isto é, pela primeira vez *jogar esse problema da doença em cima dele*, descobriu que a sogra era um dos pivôs da situação, por ter se queixado

* Regionalismo, equivalente a ‘levar uma surra’.

de um comentário que ouviu, segundo o qual Joaquim era *culpado* pelas doenças e pelas internações de Helenita. “*Muito me admira a senhora ser contra a minha família se eles têm revolta. A senhora disse pra mim que não quer ter uma filha pra ter a vida que eu levo.*”

Apesar do efeito catártico, esse foi um evento raro na vida de Helenita. Encerrado o fervilhar da discussão, que, pelo menos, livrou-a de mais uma hospitalização, a vida voltou ao seu ritmo de sempre. Até a suspeita levantada por ela de que o marido sabia da aids quando lhe contaminou não foi levada adiante. “*Eu não sei se foi porque quis, foi porque não quis.*” (Ele poderia ter feito isso?) *Não pela pessoa normal dele. A pessoa que eu conheci sem drogas não faria. Mas depois que ele endoida...*

Helenita fica incomodada se as pessoas acusam seu marido de tê-la contaminado. Estranha o fato das amigas não entenderem porque ela permanece com ele, apesar de todos os problemas. *Eu penso diferente. E eu gosto dele, não vou dizer que não gosto, porque gosto. Às vezes, faz malabarismo para esconder do sogro que o marido está se drogando, porque senão ele vai esculhambar o Joaquim. Ele não é desse que pára e conversa.* Da mesma forma, escondeu por anos de uma tia que é portadora do HIV, porque, senão, ela iria *esculhambar* o marido.

Depois de alguns anos, descobriu que a sua família é revoltada com o marido dela. *Eu achava que não tinha.* Entende que os familiares possam “falar” do marido usar drogas, mas não *aceita* a revolta em função da *doença*. “*Tire isso do seu coração, deixe isso pra lá.*” - pediu ao pai. Escreveu uma carta à família, pedindo para não se revoltarem e não fazerem nada com o Joaquim se ela morrer. *Querer matar ele... Querer fazer alguma coisa... Eu não vou me sentir bem, seja lá onde estiver.*

Eu não tenho mágoa dele – comenta, ao fechar o assunto da carta à família. Lembra então que a irmã discorda. *Ela diz que eu tenho, mas eu não tenho.* (Por que você acha que ela disse isso?) *Não sei. Acho que não tenho.* Volta a falar das colegas que a chamam de “besta” por continuar casada com Joaquim. Diz que a única possibilidade de *deixá-lo* seria se fosse para ficar curada. *Fazia um esforço, sofria um pouco, mas eu deixava...* Não se imagina com outro homem, mesmo se ficasse viúva, porque *criou trauma de tanto sofrer*. Entende que outra pessoa iria *judiar* do seu filho. *Quando lembro das coisas que Joaquim faz!*

No começo das entrevistas, pediu que eu omitisse os assuntos relacionados ao

problema do seu marido. Ressaltou não se incomodar com as declarações a respeito dela própria, mas receava magoar o marido se ele soubesse de suas queixas. *Eu falei pra ele. Aí ele falou: “Eu não quero que conte isso.”* Propus, então, mostrar-lhe o texto sobre os seus relatos. Ela poderia lê-los e opinar sobre o que poderia ser publicado. No início de 2004, entreguei-lhe o texto com as transcrições, o qual ela me devolveu alguns meses depois e autorizava-me a “contar” a história da sua luta contra a aids e “com” o Joaquim, não apontando reservas ao conteúdo ali presente.

Afora essa apreensão em relação ao marido, Helenita foi bastante acessível durante toda a pesquisa. Sua confiança “*na psicologia*”, em particular na Letícia (psicóloga do SAE) e depois em mim, facilitou sua disposição em colaborar com o trabalho, mesmo tratando de assuntos espinhosos de sua vida. *Eu sei que pra psicólogo pode contar tudo* – declarou, ao explicar porque gostava das entrevistas.

Dessa forma, antes mesmo das entrevistas iniciarem, existia uma concepção e uma expectativa positivadas em relação ao trabalho, ou seja, havia um campo transferencial estabelecido, que fazia com que ela investisse emocionalmente no trabalho como se fosse uma psicoterapia - um espaço onde podia desabafar. *Vou deixar um fardo aqui, na tua sala.* - declarou. Inclusive, ao relatar a reação do marido à sua participação na pesquisa, usou a palavra consulta. *Quando eu vinha na primeira **consulta** ele perguntou: “Quem é esse Juliano? Que invenções são essas?”*

Na entrevista final, em janeiro de 2005, resumiu o seu contato comigo da seguinte forma: *Nesse tempo que vim aqui, fazer **terapia**, aconteceram muitas coisas e você me ajudou muito a desabafar, a ver as coisas.* Outras vezes, definia as entrevistas como *uma psicologia mais profunda.*

Evitava oferecer detalhes das entrevistas para a família do marido, pois eles poderiam ficar com *raiva* por ela estar tratando de um assunto ainda não elaborado por eles, principalmente do fato de Joaquim tê-la contaminado. *Eles não querem aceitar.* Justificava as entrevistas como se fossem *um curso, algo de psicologia.* No entanto, ressaltava que, mesmo se houvesse resistências ou tentassem impedi-la de participar, não os obedeceria. *Mesmo que eles empatassem eu viria. Eu acho que é algo individual. É minha história. Mesmo trocando o meu nome, eu sei que estou lá.*

2- Discussão

- O equívoco de uma aposta

Queria me casar. Ai, grande futuro!

A história de Helenita se aproxima do relato de mulheres que atendi em consultório e em hospitais que se queixam de terem sido educadas no sentido de depositar todas as fichas, numa aposta de futuro feliz, nas mãos de um homem. Tamanho investimento, sendo considerado tão certo e lucrativo, trazia a ilusão de estar incólume a quaisquer riscos. E dentro dessa ótica, o casamento era o único caminho vislumbrado diante das vicissitudes da vida - o único caminho possível para ser feliz.

Quando estava próxima da realização desse sonho, uma das concunhadas de Helenita se dirigiu a ela, à surdina, quando faziam os preparativos para o chá de panela e lhe disse: *“Helenita, você sabia que o Joaquim é viciado?”* Em resposta disse: *“Não venha falar isso pra mim não!”* Ignorou o aviso e rechaçou a fala da parenta, tendo levado tal comentário *“na brincadeira”*. *Não acreditei. Estava a um dia do casamento. Estava tudo preparado. A paixão... acho que falou primeiro. Tu sabes quando a pessoa está apaixonada... Acho que tu podes me entender!*

Haviam namorado por três anos e dois meses, sem que nada no comportamento dele a deixasse ao mínimo intrigada. *Eu achava que ele só bebia. Quando andava comigo, dizia assim: “Helenita, tenho uma coisa pra contar”. Eu falava: “Conta!” Mas ele saía e inventava outra história.* Seja lá o que Joaquim queria falar, nunca falou e ela preferiu não insistir. Nunca chegou a cogitar que esse segredo pudesse ser algo ameaçador à sua integridade física ou psicológica. Casaram-se, sendo ela *uma pessoa moça, direitinha – virgem.*

Moravam no interior do estado de Rondônia e lá permaneceram até o pai de Joaquim chamá-lo para trabalhar, junto com ele, em Porto Velho. Para Helenita, esse período é o divisor de águas, pois, a partir daquele momento, o marido teria se sentido livre, sem as responsabilidades que lhe eram imputadas. *Na verdade, desde que a gente veio do interior pra cá, dois anos depois que a gente casou, ele vem piorando. Piorou mais quando soube desse problema, mas piorou quando o pai mandou ele descer os caminhões. Lá ele tinha responsabilidades, aqui, se sentiu sem responsabilidades.*

Embora não verbalize, é como se Helenita chegasse a culpar o sogro por ter mudado os modos de funcionamento da sua empresa e fizesse com que o filho voltasse para Porto Velho. Joaquim já apresentava problemas por causa do uso de drogas, a ponto de Helenita ter sido alertada pela concunhada. Mas, tendo ignorado o aviso, acredita que o fim de sua felicidade matrimonial acabou com a mudança de cidade e das responsabilidades do marido perante os negócios da família.

Helenita relata que a partir da chegada deles a Porto Velho, Joaquim começou a apresentar o hábito de “*sumir*”, ou seja, sair de casa, sem dar justificativas ou explicações e voltar apenas depois de dois ou três dias. Tempos depois, começou a se incomodar e achar estranhas as sumidas inexplicáveis do marido. Passou a se queixar para os parentes, afinal, *isso não era certo, tinha alguma coisa errada*. Num dia, após Joaquim não ter retornado para casa, um primo dele, ouvindo as lamúrias, perguntou se ela gostaria de saber onde o marido estava naquele momento. Ainda sem desconfiar do que se tratava, concordou em ser levada pelo parente até o lugar onde poderia encontrá-lo. Relata:

Era um motel. Ele ficava sozinho no quarto. Quem tomava conta desse motel era um monte de mulher e foram logo anunciando: “Ele não vem atrás de mulher não, ele vem atrás de outra coisa.” Respondi: “Eu não quero saber o que é que ele vem atrás. Só quero saber onde é que ele está.” Ela disse: “Não, ele está aqui, mas fique sabendo que não é nós que estamos andando com ele não”. Naquele dia pra mim foi mesmo que... iche!! A partir daí acabou a metade... Foi como se me dessem uma paulada na cabeça.

Joaquim estava em um motel, mas contradizendo a primeira impressão que se possa ter diante dessa combinação, seus motivos eram outros. Os prazeres que ali buscava estavam num campo muito mais difícil de ser comunicado por parte dele e muito mais difícil de ser elaborado por parte dela do que se fosse um envolvimento sexual com alguma mulher, como ela própria parece ter cogitado inicialmente.

Helenita descobria um fato sobre o qual teve vários indícios para, ao menos, desconfiar e cujo ato de simplesmente nomeá-lo era por demais dolorido, por isso mesmo encontrava-se na ordem do inominável, daquilo que só pode ser comunicado por intermédio de palavras indiretas. Por tal motivo, quando fazia os primeiros relatos, dizia apenas: *o problema que o meu marido tem...* Ainda na primeira entrevista, meses antes de contar o momento em que flagrou Joaquim usando drogas num motel, lamentava os dramas de sua vida, porém de uma forma bastante velada.

Naquela entrevista, por exemplo, dizia não ter contado sobre sua soropositividade para uma tia porque ela iria *esculhambar* o seu marido. Em seguida, acrescentou que não gostava de falar disso e que se encontrava *num processo de libertação*. *Eu acho que o meu amor é maior... do que esse problema que eu tenho*. Em função dessa fala, perguntei se havia pensado em se separar dele. Sua resposta foi: *Em função da doença não, mas de outro problema...* Segue-se um longo silêncio. Digo-lhe então: “Você não precisa falar”. *É melhor não falar – complementa*.

Na entrevista seguinte, retomou esse assunto quando relatava as mudanças em sua vida após ter se convertido a uma igreja evangélica. Dizia ter sido uma pessoa muito medrosa, temendo principalmente a morte. Era católica praticante, *de andar atrás de imagem*. Naquele momento, deduzi que a aids seria o motivo para ela ter buscado outras referências religiosas, pois, inclusive, coincidiam as datas, cinco anos antes, tanto para sua mudança de igreja, quanto do momento em que soube do contágio. Mas sua resposta apontou novamente para o fato de colocar Joaquim como o centro de sua vida, como se preferisse substituir o sofrer em função da aids, pelo sofrer em nome da sua relação com o marido. Uma espécie de substituição - a troca de uma fonte de sofrimento por outra. Como se dissesse para si mesma que a dimensão do mal dentro de si não é tão grande quanto o problema do marido. *O que me tornou evangélica é o problema que o meu marido tem. Se tem uma coisa que me deixa pra baixo, é isso. É difícil falar...*

Percebendo sua dificuldade, desviei um pouco o assunto e lhe perguntei sobre o papel da religião em sua vida. *Pra mim, a religião é um refúgio*, respondeu com a clareza e a lisura de quem já sofreu o bastante na vida e não precisa de subterfúgios para dizer que precisa de um retorno imediato para os seus investimentos religiosos. *Eu vivia na cama, em depressão. Já estava ruim por causa do meu marido que tinha caído na droga. Aí, juntou uma coisa com a outra...* Disse ainda que, graças à religião, consegue suportar o tratamento contra a aids, pois mesmo tendo fé em uma providência divina, não deixa de tomar os remédios e a religião é que lhe dá forças para isso.

Registro que embora ela falasse naquela segunda entrevista do fato de o marido usar drogas, havia uma imensa dificuldade em fazer aquela “*confissão*”. Havendo tamanha dificuldade em falar disso, porém sendo um assunto que parecia teimar em estar presente naquela conversa, mesmo à revelia da vontade consciente da entrevistada, levou-me a fazer a

seguinte observação: “Você falando, me passa a impressão de que o problema do seu marido é muito mais dolorido do que falar da aids?” *É muito dolorido mesmo, porque eu sofro muito com isso...* Não completa a fala, faz uma pausa e chora bastante.

Volta a falar após mais de cinco minutos de muito choro. Entre soluços, descreve as privações e os momentos de angústias enfrentados, principalmente por ter que *viver mentindo* para esconder do filho e do sogro que o marido está usando drogas, pois quando isso ocorre, ele não volta para casa. Tal atitude era justificada no intuito de proteger o filho pequeno* de saber da dependência do pai e, a pedido da sogra, para evitar que o sogro *esculhambe* o Joaquim. Em função de tal situação e porque entende que *a mentira é coisa do diabo*, sofre mais ainda. *Cheguei a sentir uma dor no peito – só angústia. Não posso chorar, não posso gritar, tenho que estar normal. Rindo, alegre e satisfeita, como se nada estivesse acontecendo...* Termina essa fala novamente chorando bastante e desabafa queixando-se pelo fato do marido trazer problema só para aqueles que o rodeiam e nunca para ele próprio. *Isso me faz um mal doido. Ele não só faz mal pra ele, ele mata quem está ao redor dele. A mãe dele vive arrasada por causa disso. É preocupação demais.*

No corpo, na carne real, Helenita sente o peso e o efeito da realidade frustrante, do naufrágio da esperança de ser feliz com o casamento. Um sentimento insuportável, a ponto de não ter força ou estrutura psíquica para enfrentar essa situação a não ser se resignando calada. Aliando-se a essa sua conjuntura emocional, há também o ambiente onde vive que, na sua avaliação, as pessoas preferem deixar submersas algumas verdades doloridas. Sente-se, assim, como se a metade dela fosse arrancada, ou paralisada. Não pode falar, não pode gritar. As perdas, as dores, as angústias aparecem somente por meio de cicatrizes, por manifestações no corpo enquanto as palavras se calam.

Retomando sua fala quando descreveu a situação em que o parente a levou para ver o marido se drogando, temos: *A partir daí acabou a metade... foi como se me dessem uma paulada na cabeça.* Exatamente isso, a metade de si investida no casamento, no marido, na aposta única de felicidade, era subtraída. E, como uma paulada, era acordada para a realidade. Uma triste realidade que ainda viria a piorar com a aids.

* Posteriormente, Helenita contou para o filho que o pai dele usa drogas. Fato que será discutido mais adiante.

- **A metade paralisada de mim**

Uma parte do meu cérebro está parada, não está passando oxigênio. A doutora disse que não tem a ver com esse meu problema.

A gente tem que ter muita força. Dessa forma, Helenita interrompe um longo silêncio que ela havia feito após ter relatado a condição delicada na qual se encontrava perante o tratamento, pois não havia se adaptado aos medicamentos, limitando-se a ingerir apenas um dos remédios do coquetel anti-HIV e, além disso, enfrentava os conflitos familiares desencadeados pelo vício do marido. *O doutor falou que eu não tenho peso para agüentar isso tudo...*

Era preciso ter forças, sobretudo para administrar sua relação com Joaquim, pois tem consciência que sua vida gira em torno dele. Fazendo tamanho investimento, pôde mapear os modos de funcionamento da dependência química do marido, descobrindo que há um padrão. Os momentos em que ele se *entrega ao vício* são precedidos por uma oscilação de estados de agitação e de depressão. Depois do efeito das drogas, volta pra casa, novamente deprimido, e passa dias *estirado na cama, no ar-condicionado, comendo do bom e do melhor*. Ao falar isso, Helenita se vira pra mim e diz: *Pra que vida melhor, né Juliano?!*

Ao relatar essa descoberta, lembrou que a psicóloga do SAE havia encaminhado Joaquim para um psiquiatra. Acreditava que esse encaminhamento seria para tratar a depressão, que, no seu imaginário, seria a fonte motivadora para o uso de drogas. Restava a ela ficar na torcida, pois percebia resistências nele em acatar o encaminhamento. *Fica enrolando pra não ir ao psiquiatra. Espero que ele vá e o médico passe uns remédios para ele ficar...* De maneira enigmática, interrompe o raciocínio e ri de uma maneira desconcertada, parecendo meio encabulada com o seu pensar; como se tivesse pensado algo reprovável, fruto de um desejo punitivo (ou destrutivo) contra o marido, e isso a fazia conter sua fala.

Depois do breve silêncio, lembra: *Eu [também] tomo, né?* Mas se corrige, logo em seguida, com a seguinte declaração: *Não é nem pra depressão. É pra minha cabeça, né?* Retoma um assunto da primeira entrevista, repetindo a história do seu problema na cabeça, cuja causa seria uma pancada que teria sofrido. Tal *problema na cabeça* faria com que *uma partezinha* do seu *cérebro* estivesse *parado* (sic). Mas - fazia questão de ressaltar - *o médico*

falou que não é da doença. Ou seja, não seria decorrente da aids. Talvez, fruto de uma pancada na cabeça que ela teria levado e não se lembrasse.

E acrescentou:

Por isso tomo Tegretol e Tryptanol. Tomo eles só quando estou ruim. Ontem à noite mesmo tomei porque estava ruim. Lá em casa tinha dado um problema... Eu vejo os problemas da minha sogra. Procurei sair, me distrair. Quando foi de noite me bateu aquela coisa ruim. Aí, o jeito foi tomar Tryptanol. Eu tomo e apago. Acordo só no outro dia e não sinto mais nada. O médico falou que eu tinha que ficar tomando o Tryptanol, porque ele faz parte do meu tratamento, por causa da depressão que eu tive. [silêncio]

No tempo desse silêncio de Helenita, passei a suspeitar que essa *pancada na cabeça* fosse uma expressão no corpo, uma metáfora corporal, não simbolizada. Como tudo em sua vida recente, poderia estar diretamente relacionado ao marido. Por isso, resolvi arriscar e perguntar como havia descoberto que Joaquim fazia uso de drogas. Acreditei que ela já teria confiança o suficiente para falar sobre isso e que também não seria tão constrangedor como demonstrava no começo das entrevistas. Foi, assim, a partir dessa minha intervenção, que ela fez o relato, já citado anteriormente, do dia em que o parente a levou até o motel onde Joaquim se trancava para se drogar. Para minha surpresa, veio a dizer que, *a partir* daquele momento, havia *acabado a metade...* Fez, então, uma pausa brevíssima, o suficiente para eu fazer algumas inferências: A metade que se acabava era o quê? O seu encanto com o casamento? O seu amor? Enfim, a possibilidade de manter um olhar complacente para os defeitos do marido, destruindo a imagem projetada do provedor, do protetor?

Eis, então, uma surpresa maior quando ela completa seu desabafo: *Foi como se me dessem uma paulada na cabeça.* Para voltar a dizer novamente: *Tem que ter muita força mesmo*, num tom de voz como se bradasse aos céus pedindo amparo para suportar a sua sina. O caminho que ela havia escolhido para ser feliz se revelava tortuoso, cheio de espinhos e estes lhe deixavam cicatrizes irretorquíveis. Relata ter ido para a entrevista muito preocupada, embora esforçasse para não sentir isso, porque Joaquim havia saído de casa de manhã e ainda não tinha retornado ou dado qualquer notícia.

Escutando cuidadosamente o depoimento de Helenita, interferindo o mínimo possível na trajetória de suas falas, optei por não perguntar se ela percebia a conexão entre os dois fatos: a *paulada na cabeça* que ela diz ter levado quando viu o marido usando drogas num

motel - destruindo *a metade* de alguma coisa que ela não nomeou - e a suspeita do médico de que ela havia levado uma *pancada na cabeça*, provocando a paralisia de parte do seu cérebro.

Embora fossem falas ditas em um intervalo mínimo de minutos, entre uma e outra, percebia que Helenita não fazia nenhuma associação entre elas. Era algo manifestado graças à sua disposição em falar livremente do seu cotidiano e de sua história. Contudo, era bastante instigante a conexão que se pode fazer entre a pancada/paulada na cabeça e a paralisia de parte do cérebro - que impediria esse órgão de receber oxigênio adequadamente - e a sensação, manifestada por ela, de ter parte de si *acabada*, ou seja, arrancada, destruída, terminada. Era como se dissesse que parte de si encontrava-se parada, paralisada. A metade que se perdia com a realidade implacável que teimava em se abrir diante de seus olhos. Ou seja, naquela parte de seu cérebro que deixava de ser oxigenada adequadamente, anunciava-se o fim da metade de alguma coisa importante em sua vida.

Naquele momento, ela preferiu acreditar que a origem daquela paralisia na cabeça estava na pancada sofrida em um acidente durante uma faxina doméstica rotineira, quando se levantou distraidamente e bateu o crânio no suporte da televisão. Mas, nem ela própria parecia demonstrar convicção para tal explicação. Dizia apenas: *só pode ter sido isso* - resignada perante a incerteza da origem de mais um problema em sua vida.

Na última entrevista, dois anos e meio após ela ter relatado esses fatos, perguntei como se encontrava “aquele” problema de sua cabeça. *Nunca mais tive isso* - respondeu. Relembrou a sua peregrinação a vários médicos, tendo sido obrigada a recorrer à rede particular porque não conseguia se consultar pelo SUS, tendo ido a um psiquiatra e a um neurologista. Este último, logo afastou qualquer possibilidade de haver alguma parte do seu cérebro paralisada ou faltando oxigenação, diferente do que haviam lhe informado anteriormente. Esse mesmo médico lhe explicou, por meio de uma metáfora, que, às vezes, o cérebro tem um curto-circuito quando se enfrenta uma situação de muita tensão. *Acho que a explicação é esta. Realmente bati a cabeça no suporte da TV. Mas, depois, vi que o problema não era nada disso, foi uma crise depressiva muito forte. Vem uma coisa, vem outra. Tudo consequência do Joaquim.*

Helenita conseguia, assim, correlacionar o *problema da sua cabeça* com o sofrimento vivido na sua relação com o marido. Percebia, então, que ele deixava outras marcas no seu corpo além da aids e que as preocupações desmedidas e as horas sem dormir, *pastorando*,

como ela diz, traz conseqüências. Enfim, como quase tudo em sua vida, era outro problema conseqüente das atitudes do marido. E ela, mais uma vez inerte, vê sua vida aos poucos sendo subtraída, asfixiada - arrancada aos pedaços, sem que ela sinta luto por isso e, sim, ao que parece, um gozo mortífero. E a metade arrancada, ou paralisada, parece se encaminhar para “o tudo”: *Tudo conseqüência do Joaquim.*

Como sua alma parece não suportar mais tanto trabalho, o corpo dá os seus sinais que está no limite. Ela, passível, apenas diz: *Já que estou no fogo, vou me queimar toda!*

- **Meu corpo é testemunha do mal que ele me faz!**

Eu não tenho defesa.

Não ter defesa é o sumário da vida dos doentes de aids. É quando o corpo, após ser invadido pelo HIV, tem o seu escudo biológico dilacerado, ficando desprotegido, vulnerável aos micro-parasitas da espécie humana e também sob o risco de uma eventual displasia se transformar num tumor devastador. Perda pura, como todos nós, bem ou mal, podemos imaginar. Uma ferida não só no corpo, mas n'alma e no coração. E essa frase de Helenita - *não tenho defesa* - traz significações muito além das perdas no campo orgânico causadas pelo HIV. Uma falta de defesa muito maior e bem anterior à aids.

Não ter defesas para Helenita, dentro dessa ótica, pode ser a dificuldade para administrar o seu destino. É ficar vulnerável, incapaz de discernir os perigos da vida. Assim, *a paixão falou primeiro* e os avisos de que ela estava prestes a se embrenhar por terrenos sombrios foram ofuscados e transformados em *brincadeiras*. E ela, inevitavelmente, entrega-se numa relação, como veio a definir posteriormente, para se *queimar toda*. E complementa: *Tu sabes quando a pessoa está apaixonada... Acho que tu podes me entender!* Juntando todos esses fatos num mesmo campo, pergunto-lhe: “E se tirar o Joaquim da sua vida, o que sobra?” Ela responde: *Sei lá! Acho que não sobra nada*. Em suma, ela é um nada, um ser faltoso dentro de uma relação mortífera, carregada de encontros e desencontros.

Na última entrevista, relatou que o marido piorou em relação ao uso de drogas. Ele passou a roubar objetos da casa deles, incluindo material escolar do filho. Aproveitando quando ela usa psicofármacos ou quando ela está internada, ele pega esses objetos e os troca por entorpecentes. Numa das vezes em que Helenita foi hospitalizada, ele teria deixado o filho

dormindo sozinho em casa. *Fiquei sabendo que ele deixou o menino trancado e saiu. Você chega em casa, já está internado (sic). Meu Deus! Dá vontade...*

Helenita se surpreende com o fato de Joaquim usar drogas, não seguir o tratamento de forma adequada, ter sofrido um acidente grave, contraído tuberculose e toxoplasmose, mas se mantém com uma saúde melhor do que a sua. *Como um troço desse fuma e nada?* – desabafa. Pergunto como ela se sente diante dessa constatação, uma vez que ela procura manter uma vida regrada. *Não dá nem pra falar. Um dia com raiva falei: “Eu vou é usar droga também, porque esses troços bebem, fumam e não sentem nada. Eu que faço tudo direitinho...”* Muda o discurso e lamenta por sua heresia, pois é uma pessoa que nunca recorreu a esses artifícios e não seria esse o momento para fazer isso. *Tem que andar no caminho certo, né?*

Sendo ela uma pessoa que *anda no caminho certo* e pede perdão a Deus por, diante do desespero, fazer um desabafo, manifestando o desejo de talvez desviar desse “caminho correto”, pergunto como ela se sente diante da constatação de ter pegado aids numa situação em que dificilmente se pensa em se proteger. *Se fosse uma aventura...* – responde antes mesmo de eu encerrar minha fala. (“Isto te revolta?”) *Tive revolta de ficar entalada, de não poder falar. Fiz um trabalho de libertação na igreja, foi durante três dias. Fui ao pó mesmo, ao chão. Hoje eu te digo, a revolta que me causa mais é ver ele desse jeito. Desse outro problema [a aids] não tenho, não me incomoda. (Já incomodou?) Quando paro de tomar o remédio. Quando tem efeito e a médica manda suspender.*

Nessa época ela tomava apenas um remédio anti-retroviral – ou, como dizia, estava no *resgate*. Por causa da sua dificuldade de adaptação aos remédios, a qualidade de sua vida atingia condições insuportáveis, principalmente devido aos efeitos devastadores dos remédios e isso obrigava os médicos a suspenderem o uso deles. *Eu queimei um monte de drogas* - resumia sua condição. Enquanto isso, Joaquim estava bem, porque *o organismo dele é forte, ele se dá bem com os remédios*. Mas o fato de ele usar drogas e não seguir corretamente o tratamento fez com que começasse também a *queimar drogas*, isto é, “queimava” esquemas de tratamento, obrigando os médicos a prescreverem novos exames e novos remédios.

O resultado dessa displicência de Joaquim foi o surgimento de infecções oportunistas. Entre elas, houve uma tumoração pelo seu braço, que não tardou a aparecer também em Helenita, devido ao contato íntimo entre eles e a vulnerabilidade imunológica dela. *E sou eu sempre quem paga o pato, porque fico junto, cuidando. Tive que usar pomada no nariz*

porque se contamina através do nariz. Do jeito que pegava nele, podia também pegar em mim. E eu acabei pegando.

Além desses problemas decorrentes da aids, Helenita também sente em seu corpo outros efeitos de sua relação com Joaquim. Relata o aparecimento de manchas roxas em sua pele como se tivesse *levado uma pisa* depois dos momentos de maior tensão. *O que me faz sofrer nem tanto é a doença, mas é esse problema que ele tem. Eu passei um tempão sofrendo muito para fazer o tratamento, sentindo aquela coisa. Isso me faz um mal doido.*

Ela sofre de *um mal doido*, a ponto de precisar sair de casa para *espairecer*, para não ficar *doida*. Fica sem dormir, *toda roxa*, como se tivesse *levado uma pisa*. Por outro lado, percebe que o marido *não é doido*, ou seja, ele tem consciência dos seus atos e planeja suas ações. *Ele faz tudo de caso pensado, ele sabe de tudo direitinho* – queixava-se. Ela, mesmo ciente disso, não consegue se desvencilhar.

Por vezes, apresenta problemas cardíacos e, ao recorrer a um pronto-socorro, o profissional se surpreende com o nível da sua pressão arterial, face sua idade e o seu corpo franzino. *Ele disse: “Olha, os batimentos deram um pouco alterado. Não está normal. Qual o motivo de você está assim?”* Ela então, polidamente, descreve que tinha sofrido *uma crise de raiva*. Dessa crise sobreveio *o problema da cabeça* – metaforicamente falando – e, com ele, todos os dramas dos quais o seu corpo é palco. O médico, ingenuamente ou impotentemente, pediu a ela que evitasse *esse tipo de problema*.

A reação dela ao “receituário” foi carregada de indignação. *Eles falam assim porque...* Como se dissesse: “Ele não entendeu nada!” Prossegue o seu desabafo, dizendo não ter como acatar a sugestão do médico porque não tem controle dos acontecimentos do mundo onde ela está inserida, restando tentar ter um controle sobre as próprias ações, como se fosse a única estratégia possível para não piorar a sua situação.

No lugar que eu vivo é difícil. Até que eu me controlo. Sou muito controlada. Não brigo, sou uma pessoa calma. Resolve? Eu lhe pergunto. Às vezes consigo – responde. Mas, às vezes, não dá, porque eu não explodo (sic) com as pessoas, mas é dentro de mim estoura. É onde eu tenho uma recaída, o coração dispara e fico roxa, roxa. Qualquer coisinha fico nervosa. Eu findo me envolvendo com uma coisa que não tem nada a ver comigo. Depois que eu fiquei com esse problema acho que fiquei com um tipo de nervos maior. Eu já era, mais eu fiquei pior.

Prosseguindo nessa estratégia de desconstruir e reconstruir discursos, poder-se-ia pensar a frase final da fala de Helenita da seguinte forma: “*Eu já era assim. Sem defesas. Sem*

defesa frente aos dissabores da vida, me envolvendo em coisas que não me dizem respeito a ponto de ficar com os nervos à flor da pele.” A pele fica roxa, a pressão arterial se altera, o coração entra em descompasso, a cabeça dói, aparece a insônia e o seu corpo começa a padecer por inteiro, junto com a alma.

Para enfrentar essa situação, passa a depender de pelo menos três psicofármacos, tomados diariamente com os anti-retrovirais, perfazendo, assim, mais de vinte comprimidos a serem ingeridos todos os dias.

Tomo logo três AZT's de manhã porque tenho que tomar o remédio para a psicologia também. Tomo o Tryptanol porque tive umas crises, umas crises de depressão, de desmaiar. Um medo, um medo de nada. Não é bem medo de nada. Tu sabes daquilo que eu passo com o meu marido. Daí aquilo acumula, acumula e, olha aí, explodiu! Entrei na depressão e me internaram. Depois que eu tive essa crise, eu perdi... Eu estava com 46 quilos, daí fiquei com 38. E desde esse tempo não consegui recuperar.

Eu perdi... Diz Helenita sem completar a frase. O que ela terá perdido e não conseguiu mais recuperar? Terá sido os oito quilos, fazendo com que uma mulher com mais de 1,60 metro passe a ter a massa corporal de uma menina de 11 anos?

Perdas que a impedem de comemorar algumas grandes vitórias depois de dez anos de aids. Pela primeira vez, conseguia se adaptar a um número suficiente de remédios para que se possa dizer que participa efetivamente de um esquema de tratamento, o qual reduziu sua carga viral a um nível indetectável aos exames utilizados atualmente. Mas, nesse mesmo período, foi internada várias vezes, apresentando problemas cardíacos e estomacais, dor no peito e na cabeça, alteração em algumas taxas hormonais e de triglicérides, além de problemas denominados por ela de “*psicologia*”, como as crises de nervos, desmaios e a depressão. Sobre a origem desses últimos diz: *Um medo, um medo de nada*. Para em seguida se corrigir. *Não é bem medo de nada*.

Novamente, Joaquim entre em cena quando ela tenta explicar porque o “medo não é de nada”. O que chama a atenção é ela dizer que a causa de suas *crises* seriam *um medo*, quando poderia dizer raiva, angústia ou mesmo decepção. Medo de quê ou do quê? Do nada? Do vazio da vida sem Joaquim, cuja simples suposição a levou aos prantos e a prognosticar sua vida, caso isso venha a acontecer, com a seguinte frase: *Acho que não sobra nada!*

- **Um substitutivo para a dor da aids**

Em vez de ter depressão quando soube do problema, tive depois de um ano e meio...

Helenita se surpreende com o tempo e a forma de sua reação diante da aids. Estranha não ter ficado deprimida na época em que descobriu ser portadora daquilo eufemisticamente chamado por ela de “*o meu problema*”. Quando soube da aids ficou abalada, uma semana sem comer, sem nada fazer, inclusive *pôs na cabeça que ia morrer*. Um ano e meio depois, esses sentimentos voltaram, porém com mais força e se abateram sobre ela, obrigando os médicos a recorrerem à internação e submeterem-na a vários exames para tentar descobrir a causa de tantos problemas. *Eu tinha medo de tudo, ouvia vozes e ficava tremendo todinha. Era tipo um trauma. Sentia tremor no corpo, aquela dor no peito, aquela angústia profunda, aquela vontade de chorar. Tinha um inquietamento no corpo assim: me sentava, me levantava...*

Após a internação e os exames, o seu médico chegou à conclusão de que ela *não tinha nada, só depressão*. Por isso, disse-lhe para *se cuidar*, pois, caso contrário, poderia morrer. Esse diagnóstico ambíguo e impreciso não permitia a ela perceber o paradoxo de uma informação que dizia não haver *nada* com a sua saúde e simultaneamente apontava a necessidade de se cuidar porque, do contrário, morreria. (Mas o que havia acontecido?) *Meu marido viajou e eu estava me sentindo muito só* – foi sua resposta, versando sobre uma possível causa para tanto sofrimento. Dessa forma, pode-se dizer que o diagnóstico médico estava certo. Não havia *nada* com ela, isto é, nada relacionado com os efeitos biológicos do HIV. Ela tinha de fato *só depressão*. Na realidade, pode-se fazer um trocadilho e dizer que ela estava deprimida por ficar *só*, conforme ela mesma esclarece: *Acho que eu fiquei muito só, por mais que eu tinha* (sic) *minha sogra e outros familiares para me dar atenção*.

O marido de Helenita havia viajado para Manaus a trabalho. De lá, queixava-se, dizendo estar sofrendo, *passando por necessidades*. Posteriormente, ela descobriu, pelas palavras dele, que a situação descrita não era totalmente verdadeira. *Ele estava numa boa. Hoje, ele conta, ri da minha cara, com a cara mais cínica - que ele é. Ia pra praia, farrear lá em Manaus. Trabalhava e tudo, mas...* Na época, ignorando isso, sofria por ele, sofria por causa do sofrimento dele, imaginando as privações enfrentadas numa cidade distante e isolada do resto do país. Sofria mais ainda por se sentir solitária, sentindo o vazio causado pela ausência dele. *Eu achei assim, como se eu tivesse tido uma perda muito grande, como se ele tivesse ido... Sabe como quando a gente se sente muito sozinha?*

Para se ter uma compreensão desse sentimento de Helenita diante da ausência do marido, retomo a pergunta que lhe fiz “Se tirar o Joaquim de sua vida, o que sobra?” Sua resposta: *Sei lá, acho que não sobre nada.*

Essa pergunta foi decorrente de um comentário por meio do qual levantava uma hipótese de quem morreria primeiro - ela ou o marido. Disse o seguinte: *Hoje eu fico assim, pensando. Não sei. Pode ser que eu vá primeiro do que ele, mas pode ser que ele vá primeiro do que eu. Mas, eu não sei como vai ser sem ele.*

“E se ele for primeiro?” – pergunto. Nesse momento, muda o semblante, da mesma forma como aconteceu quando lhe perguntei se ela sofria mais com o marido do que com a aids, e começa a chorar contristadamente. Abre sua bolsa, pega uma toalhinha bordada com o nome do filho e enxuga as lágrimas. *Eu acho que não vou conseguir viver dentro de casa. Eu não gosto de falar dessa parte.*

Mudam-se os assuntos, mas Joaquim continua a ser o centro de sua vida. Como ela disse: *Tudo consequência do Joaquim.* Considerando essa dinâmica, pode-se dizer que a solução apontada pelo profissional, na época em que ela ficou extremamente melancólica quando o marido viajou para Manaus, sugerindo que ela procurasse algo para fazer, foi bastante pertinente do ponto de vista do discurso médico, pois, em outras palavras, ele pedia para ela se livrar daquele *nada*, ou seja, preencher o *nada* que consistia a sua vida. *Disse que eu encontrasse alguma coisa pra fazer, porque não trabalhava fora, não fazia nada, só ficava em casa.*

Essa proposta do médico, pedia, nas entrelinhas, para ela escapar da situação de alheamento mórbido ao marido. Pedia para ela investir suas forças em questões para além do Joaquim, pois nem mesmo o filho recebia sua atenção. *Meu filho era pequeno, dois anos. Nem ligava para ele.* Em linguagem psicanalítica, era como se o médico dissesse para ela investir libido em outros objetos, em outros ideais, em si própria. E, com isso, se livrasse da sombra do marido que havia se abatido sobre ela. Dentro desse quadro, a simbiose com o marido se fortalecia. Olhando para aquela época, conclui: *Eu fiquei até viciada no remédio.* Uma dependência que foi estendida, pois a cada vez que Joaquim não retorna para casa, a única forma de dormir é recorrendo aos psicofármacos. Assim, há anos ela vem combinando tratamento antiaids com o uso de remédios ‘para a psicologia’ - como denomina.

Apesar de tamanho sofrimento, conseguiu, aos poucos, afrouxar as amarras em torno do casamento e começava a se ocupar com questões além da sua relação com Joaquim. Passou a *sair* mais de casa, passear na casa dos parentes, a frequentar mais a igreja, tendo inclusive mudado de religião, enfim, tinha outras atividades além de ser mulher de Joaquim. *Eu faço ginástica, faço hidroginástica, pelo menos para espairecer. Senão a gente fica doido* (sic). Assim, por alguns minutos, esquece dos problemas, das intrigas e das mentiras em sua casa; dos vícios do marido e da aids. *É preocupação demais! Então comecei a sair. Pensei: “Tenho que fazer alguma coisa, porque senão...”*

Preocupação demais! Cuidar-se para não ficar doida. Procurar fazer alguma coisa, porque senão... São falas que traziam uma conotação de alienação, como se dissesse que a sua vida não lhe pertencia mais, pois se anulava como sujeito desejante e colocava outros referenciais para serem o norte do seu destino. Dizendo isso de outra maneira, seria como se tivesse introjetado o mundo à sua volta e isto lhe sufocasse; não havendo mais espaço para cuidar de si. Percebe que é preciso fazer alguma coisa, pois, do contrário, pode ser o fim. *Quem tem esses problemas não pode ficar assim, porque cai na depressão e aí vêm outros problemas. Tenho que fazer alguma coisa, porque senão...*

Mas qual seria a razão dessa “escolha”? Por que se incomoda pelo marido usar drogas e não por tê-la contaminado? Por que diz: “*não é que não aceito que eles [os familiares] falem desse lado [as drogas]. Não aceito eles falarem da doença.*”? Enfim: qual é o ganho psíquico dessas escolhas? Seria uma defesa, uma estratégia para se preservar enquanto coloca o problema para fora de si.

Aparentemente, as perdas ou as ameaças relacionadas à aids são colocadas num rol de prioridades abaixo de suas decepções com o marido e a doença passa a ser secundária. No seu discurso, é patente que ela sofre com a aids, mas seus temores (ou desejos?) de que aconteça *alguma coisa* com Joaquim parecem suplantar aquele outro sofrimento. Minha hipótese – levantada logo após o episódio com o pedinte, relatado no início do caso – é de que o marido funciona como um substitutivo, um sintoma para Helenita, pois ao sofrer em nome dele seria uma “alternativa”; melhor do que sofrer por causa dela própria. Assim, se o marido morrer (*acontecer algumas coisas*), *não sobra nada*, abrindo espaço para outras preocupações, como a aids, cuidar de um filho pequeno e buscar novos horizontes na vida.

IVO

1- A história de Ivo: segredos, solidão e a aids

Num dia de 1987 um funcionário do Hospital de Base telefonou para Ivo solicitando seu comparecimento àquela instituição, onde esporadicamente ele fazia doação de sangue, pois trabalhava num órgão militar e essas corporações são freqüentemente convocadas para ajudar os bancos de sangue a reporem os estoques de hemoderivados. O funcionário informou que uma ambulância iria buscá-lo em sua casa. Ele tinha 22 anos.

Quando Ivo chegou ao hospital, informaram que havia ocorrido um problema com o seu sangue e pediram uma nova coleta. Tempos depois, chamaram-no novamente e lhe fizeram algumas perguntas a respeito de um possível histórico com doenças infecto-contagiosas e solicitaram uma nova coleta de sangue, porque a anterior não havia sido suficiente. Passam-se mais algumas semanas e novamente vão buscá-lo com a ambulância para, finalmente, “*abrirem o jogo*”. *Eu lembro que era uma tarde. Fui sozinho. Quando ela falou, levei um grande choque e chorei bastante.* (Você não estranhou, buscarem um doador em casa?) *Eu confesso que não sabia. Fiquei apreensivo, queria saber do que se tratava. Jamais imaginei que fosse ter essa notícia.*

Naquele dia, Ivo ainda voltou ao trabalho, mesmo estando bastante abalado, consciente de que sua vida mudaria radicalmente dali em diante. Um amigo percebeu seu estado e perguntou o que teria lhe acontecido. *Aí eu confessei pra ele.* Esse amigo contou que já havia conhecido outras pessoas com aids, *algumas que já tinham ido*, mas outras estavam bem. Teria lhe dito: “*Vamos tocar o barco pra frente!*” Essa fala funcionou como incentivo e lhe deu novas esperanças, fazendo-o lembrar os momentos difíceis atravessados na vida, que jamais o fizeram desistir. *Sempre fui uma pessoa de tocar o barco, não sou de desesperar, de fazer bobagens.*

“Você pensou nisso?” (*fazer bobagens*) *Pensei, pensei... Mas não vale a pena!* Lembrou-se, quando fazia esse relato, de uns quadrinhos de uma edição de um antigo jornal

que trazia uma historieta na qual um suicida recebia uma mensagem na secretária eletrônica, avisando-o da descoberta da cura da aids. *Isso tem me dado muita força. Já tive muito doente, passei alguns momentos ruins, mas mesmo assim... Quando a gente está doente, se sente muito fraco diante de tudo, precisa pensar positivo e ter sempre alguma coisa que te leva pra frente.*

Durante dez anos, Ivo não apresentou nenhum problema relacionado à aids, exceto *as faíscas de boatos* em seu trabalho, obrigando-o a transferir residência para o interior do estado de Rondônia. Voltou a Porto Velho, procurou readaptar-se a cidade e retomar sua vida. Fez curso de teatro e passou a ter uma vida social bastante agitada, mais ainda do que era antes da soropositividade.

No ano que completou uma década dos dias que foi “convidado” a ir ao Hospital de Base para falarem do seu sangue, começou a ter uma infecção intestinal grave, levando-o a três internações. Na terceira internação, a médica foi conversar com ele e levantou a hipótese dele estar com uma doença muito grave, talvez aids. *Aí eu contei e ela falou para eu procurar a dra. Dalva* - uma médica infectologista, com bastante experiência nessa área. Meses depois, voltou a apresentar problemas intestinais e mesmo a contragosto resolveu procurar a médica que lhe fora indicada. Foi internado num hospital particular, mas a profissional o avisou que não poderia continuar acompanhando-o naquele lugar, sem as condições de trabalho adequadas para aquela patologia. Disse-lhe que, na próxima manifestação do vírus, o internaria no CEMETRON, onde há uma equipe especializada em tratar doenças infecto-contagiosas. Para Ivo, no entanto, a possibilidade de se internar naquele hospital sempre o apavorou, porque entendia haver uma associação direta entre a doença e a instituição. *O fato de ir pra lá já indica que você está com aids.*

Não demorou muito e ele adoeceu novamente - *uma crise*, como definiu. A infectologista pediu para ele *esquecer o orgulho* e pensar no mais importante: a sua vida e a sua saúde. Ficou internado no hospital durante três dias – *com uma ansiedade imensa de sair de lá, logo!* Internado, descobriu que o hospital tinha outros problemas além da possibilidade de ser identificado como um doente de aids, como as acomodações inadequadas, banheiros quebrados, falta de iluminação e muitos pernilongos. Havia, ainda, o transtorno de ter sido operado na coluna e os leitos eram muito desconfortáveis. *Tinha que por um edredon dobrado para ficar mais ou menos acomodado.* Por outro lado, percebeu que se internar no

CEMETRON não é sinônimo de ser doente de aids, pois há também padecentes de outras patologias. *Depois disso parece que deu uma liberada no meu espírito. Perdi aquele medo que tinha.*

Nessa mesma época, por volta do ano de 1997, começou a fazer uso dos anti-retrovirais. Houve uma adaptação penosa a esses remédios, com espasmos estomacais, muitos vômitos, alteração no metabolismo hepático e nas taxas de triglicérides. Os médicos mudaram a sua medicação, eliminando com isso o mal-estar diário, porém o novo remédio (*Efavirenz*) trazia efeitos neurológicos: *Ele atacava a cabeça, causava alucinações*. A alternativa era tomá-lo pouco antes de ir dormir, porque bastava ingeri-lo para, minutos depois, *apagar*. No entanto, esse remédio provocava *pesadelos* constantes, cuja temática mais freqüente era a morte. *Passava noites inteiras no cemitério, via vultos e muitas alucinações*.

Ouvindo esse seu relato, lembrei dele ter dito algumas vezes que era uma pessoa muito *badalada* e que gostava de sair à noite, de ir a festas. Perguntei-lhe como administrava essa situação, isto é, como conciliava a vida social, o lazer e a necessidade de tomar o remédio. *A gente não vai viver só tomando medicamento, né? Deixo pra tomar o remédio mais tarde. Mas, em compensação, o efeito do remédio é no mínimo oito horas.* (Então, se você for a uma festa...) *No outro dia é cama*. Em seguida, diz que neste aspecto o incômodo era amenizado, porque há tempos havia mudado os hábitos, pois estava *vivendo com um amigo* e como essa pessoa era muito caseira, habituou-se a ficar mais em casa e raramente ia para festas ou algo congênere.

Começa a contar como conheceu esse amigo, chamado aqui de Manoel, com o qual, na época, morava junto há quase doze anos. Estavam numa festa e Manoel assinalou o seu interesse por meio de um amigo em comum. *Não gostei dele e não dei a mínima atenção*. Mas Manoel não desistiu e continuou a *“perturba-lo”*, telefonando insistentemente e a tentar uma *aproximação através de outros*. Surgiu uma outra festa para a qual ambos foram. Encontraram-se, conversaram, beberam exageradamente - e *rolou uma transa sem camisinha*.

No dia seguinte foi até a médica que lhe deu o diagnóstico de portador do vírus da aids e contou o ocorrido. Teria ouvido como resposta: *“Existem azarados e azarados. Você entenda como quiser. Não posso fazer nada.”* Decepcionado por não ter recebido a orientação que esperava e sem entender a significação de “azarados e azarados”, decidiu ficar afastado de Manoel, sem dar quaisquer explicações. Mas, por insistência dele, voltaram a se encontrar e

novamente não teve coragem de revelar sua condição de soropositivo. *Pensei: “Já que aconteceu, que eu deixei acontecer, então, no mínimo que eu posso fazer é ficar com essa pessoa até o momento de contar a ela. Vou ter que contar um dia, mas antes vou ter que me recompor.”* Passou.

Passou. Passaram-se mais de dez anos. Na passagem desse tempo, decidiram morar juntos e Ivo começou a tomar os remédios, fazendo isso na frente do companheiro, deixando a embalagem sempre à vista. Uma pessoa que havia namorado Manoel teria *espalhado* para os amigos deles, inclusive contado para o próprio Manoel, que Ivo seria HIV-positivo. *Mas Manoel não acreditou. Eu acho que ele não queria saber. Ele não queria ter certeza.*

Em 2001, Manoel começou a apresentar febre alta, uma infecção intestinal que não cedia mesmo após tomar vários remédios e sua massa corpórea foi abruptamente reduzida em mais de 30 quilos. Ivo estava viajando com a família, após ter perdido uma irmã em um acidente no final de 2000. Quando retornou, ficou assustado com *aquilo* que estava acontecendo com Manoel e pensou: *“É a hora da verdade. Ou digo pra ele a verdade pra gente procurar um tratamento, ou vou deixar ele morrer.”* Eu não achava isso justo. De mim, não seria... Depois dessa constatação e do seu exame de consciência, Ivo procurou os médicos e psicólogos do SAE, pedindo-lhes ajuda para informar Manoel do que estava acontecendo com ele. Temia-se uma reação violenta pelo fato do seu companheiro ser uma pessoa *explosiva* e portador de arma de fogo, pois fora militar durante muitos anos.

No dia em que a conversa ocorreu, quando chegou o resultado do exame, estavam ambos presentes e mais um dos médicos. Teria acontecido um diálogo no mínimo insólito, conforme recorda: *“Ivo faz tratamento aqui há mais de três anos, você sabe disso?”* – perguntou o médico. *“Não!”* – respondeu Manoel. O médico voltou a perguntar: *“Você sabe que setor é esse? Que tipo de doença trata?”* Mais uma vez a resposta foi negativa. *Foi quando o doutor começou abrir (sic) pra ele.* Lembra que Manoel chorou bastante, mas não expressou nenhuma reação violenta como temiam. Foi informado que precisava se internar devido às condições precárias de sua saúde naquele momento. Ele, no entanto, preferiu fazer isso no dia seguinte. Foram para casa sem dizerem uma palavra um ao outro. No outro dia, conhecedor da situação, Ivo preparou a mala e se dirigiram para o CEMETRON, onde Manoel ficou internado duas semanas.

Com o tempo, o relacionamento dos dois foi se deteriorando. De um lado, partiam as acusações e a revolta e, do outro, o sentimento de culpa. Foram se distanciando e se isolando mesmo morando debaixo do mesmo teto. E, dessa forma o relacionamento se manteve, segundo Ivo, na maior parte do tempo em que as entrevistas foram feitas.

No fim de 2002, Manoel retornou para sua cidade natal e deixou a situação entre eles *indefinida*, conforme as palavras de Ivo. *A gente não terminou, a gente não conversou, não chegou a nenhuma conclusão.* E Ivo, que sempre foi de “tocar o barco”, apenas dizia resignado: *Não sei que rumo tomar, não sei o que fazer.*

Essa vivência o fez recordar sua história de solidão e sua dificuldade de compartilhar questões de foro íntimo com outras pessoas, mesmo com familiares ou amigos bastante próximos. *É coisa desde a minha adolescência. Sempre fui uma pessoa muito trancada. Uma pessoa muito fechada, que não conversa com as pessoas.* Relembrava quando ele retornou a Porto Velho, após dois anos no interior do estado. Decidiu dar *novos rumos à sua vida*, ou seja, tornar-se uma pessoa mais expansiva e sociável. Fez o curso de teatro e essa experiência lhe trouxe muitos amigos, transformando-o numa pessoa *muito badalada*. Mas, como veio conhecer Manoel pouco tempo depois dessa experiência, voltou a ser uma pessoa caseira e de pouco interesse por convívios sociais. *Daí, me tranquei novamente pro mundo.*

Com o relacionamento em situação *indefinida*, Ivo passava a sentir a necessidade de *retomar a vida de outrora*, isto é, *fazer novas amizades e resgatar o tempo perdido*. No entanto, havia a dúvida sobre se Manoel retornasse e eles decidissem *permanecer juntos*, e retomarem a alegria do relacionamento, como havia sido por uma década. Isso significaria que ele estaria obrigado a *bloquear tudo de novo* e voltar para o mundo fechado, só deles. Mas pensava também se isso não viesse acontecer e concluía: *Daí perdi mais uma vez, perdi meu tempo, perdi o tempo que estou vivendo agora. Eu perdi...*

Ivo se definia como uma pessoa bastante retraída e dizia, inclusive, que a pesquisa era uma oportunidade de conversar e de desabafar com alguém sobre questões difíceis de serem comunicadas. Tais dificuldades resvalavam sempre em dois fatores importantes na sua vida: a homossexualidade e a aids. No que se refere à homossexualidade, descrevia a dificuldade enfrentada por ele quando começou a sentir atração sexual pelo mesmo sexo. Sentia um peso muito grande, o qual não conseguia agüentar sozinho, mas *não abria (sic) com ninguém.*

Foi católico praticante até os 15 anos, tendo, inclusive, recebido o sacramento do crisma. Isso tornava mais penoso o seu autoconceito. *Eu acho que é pecado. Eu sinto que é um pecado, mas é uma coisa que eu não posso evitar também.* Sentia-se pecaminoso e não tinha coragem de confessar aos padres esses seus desejos. Depois de sua primeira experiência homossexual, com 18 anos, quando estava no exército, decidiu não mais comungar. *Eu não me sinto digno de comungar. Afastei-me um pouco da igreja, mas eu tenho fé em Deus.*

Esse sentimento de ser uma pessoa menos digna se exacerbou com a aids, pois acredita que ainda há uma associação muito forte entre essa doença e a homossexualidade, não muito diferente de quando a chamavam “peste gay”. *Já vi gente do hospital dizer: “Ah, esse cara aí tem aids!” Não vai ser fácil quebrar esse estigma.* Incomoda-se de ser visto como um *transmissor* da aids e sempre se lembrava dos tempos iniciais da divulgação da doença, quando soube da sua soropositividade. Recorda que se sentia muito só, sem apoio, como se estivesse *dentro de um abismo escuro*, sem saber como proceder, porque havia muitas informações desencontradas a respeito das formas de contágio. *Eu tinha medo de pegar nas pessoas. Você tem esse medo, criado dentro de você.* Em função disso, alimentava um sentimento autodepreciativo, como se não fosse uma pessoa digna e sem saber quais os caminhos tomar. *Sentia-me muito mal, me sentia podre. Sentia que não tinha mais nada dentro de mim, como uma pessoa que está praticamente morta e que fede.*

Com o passar do tempo, a relação do mundo com a aids e com suas vítimas foi mudando. Nessas duas décadas, Ivo pôde acompanhar essa transformação, sentindo na pele que ainda está longe de ser uma relação digna e respeitosa. Apesar disso, não se sente tão deslocado como acontecia naquela época. *Hoje em dia as pessoas são mais esclarecidas e o portador também é mais consciente.* Com isso, passou a se sentir mais *dono de si* e a ser menos afetado pelo olhar externo em cima de sua vida, sua orientação sexual. Passou a criar novas perspectivas para a vida, a pensar no futuro. *Não importa se eu seja aidético, leproso. Eu sou mais eu - e pronto! Não fico pensando que vou morrer amanhã.*

No entanto, essa altivez perante a vida nem sempre é possível tendo aids. O caso de Ivo, face ao tempo que ele convive com o HIV, é emblemático. Alterações na vida, na saúde, dificilmente são defrontadas tal qual uma pessoa soronegativo. Na época da crise de relacionamento com Manoel, dizia: *Eu não consigo ver o futuro. Acho que não deveríamos*

nos afastar um do outro. Deveríamos ficar juntos até o fim. A gente já está coroa e já está com esse problema há muito tempo.

Nesse mesmo período, apresentou um quadro de pneumonia, forçando-o a pensar no risco de perder a vida, na vulnerabilidade de quem vive com a aids. *Eu sei que aids não tem cura, que eu posso morrer a qualquer momento. Consegui reverter o quadro, mas pode aparecer outra doença pior e não ter cura. E eu estou longe dele, nesse momento. Vai ser muito triste pra mim.*

Em 2003, Manoel retornou de sua terra natal e eles decidiram permanecer juntos. Na entrevista final, em janeiro de 2005, perguntei como estava o relacionamento entre eles. Relatou que a vida conjugal permanecia em crise, com poucas mudanças em comparação com a situação instalada em 2001, quando Manoel soube da aids. *Tivemos um 2004 muito ruim, muito... Muito ruim mesmo. A gente não tinha intimidade, não tinha amizade. Não suportando essa situação, quebrou o silêncio e pediu que resolvessem aquela situação, pois talvez fosse melhor se separarem que permanecerem como inimigos dentro da mesma casa.*

Vamos acabar com isso. Eu não estou feliz do jeito que está. Eu gosto de você. Mas se é pra gente ficar um olhando pra cara do outro, todo dia, sem se falar, é melhor a gente se separar.” E aí ele falou que tudo bem. “Amanhã a gente vai ter uma conversa.”.

No entanto, aquela *conversa não aconteceu*. Mesmo assim, mantinha as esperanças de que pudessem ser companheiros novamente - como era no passado - e tivessem uma relação amigável. *Acho que em 2005 vai ser melhor* – complementa rindo.

Nessa mesma entrevista Ivo falou do seu tratamento. Informou que a carga viral estava normal e as células CD4 estavam em níveis normais para garantir a saúde de uma pessoa. Os médicos suspenderam o Efavirenz e incluíram Kaletra, aliado ao 3TC e o ddI.* Com a suspensão do efavirenz e também dos seus efeitos “*alucinados*”, sentia-se mais livre, menos preso aos efeitos colaterais dos anti-retrovirais, embora o Kaletra lhe trouxesse o incômodo diário de diarreias logo após a ingestão. *É uma vez só. Tomo ele cedo, quando é uma hora depois, tem que ir ao banheiro. Fica muito difícil quando tem compromisso pela manhã, pois tem que tomar cedo. É uma coisa que não dá pra segurar.*

* CD4 são as células de defesa do organismo humano com as quais o HIV tem tropismo (ver Anexos: *Lista de abreviaturas, siglas e termos utilizados*, p. 259).

Esse seu comentário a respeito de ter problemas com os compromissos matinais despertou minha atenção, pois aquela entrevista havia sido agendada para as nove horas da manhã, em conformidade às suas preferências. Havia telefonado para ele antes das festividades de fim de ano e perguntei se era possível uma última entrevista, que poderia ser feita até meados de fevereiro, conforme sua disponibilidade. Disse-me que poderíamos agendar para os primeiros dias do ano que iniciaria. Foi acordado, então, dia e horário. Combinei telefonar no dia anterior para avisá-lo, mas, na véspera da data da entrevista, o seu celular estava sempre desligado. No dia seguinte - faltando alguns minutos para as nove horas - telefonei e, quando atendeu, percebi que se lembrava da entrevista, mas tive a impressão de que não iria caso eu não tivesse entrado em contato. Avisou que, em alguns minutos, estaria no local da entrevista, mas chegou uma hora depois. Novamente, me pareceu bastante “defensivo”, precisando que eu conduzisse a parte inicial da entrevista de forma bastante diretiva, pois, caso contrário, pouco falaria.

Ivo foi escolhido para participar da pesquisa em função do seu tempo de ciência da soropositividade. Já havia começado as entrevistas com todos os outros, quando decidi tentar ouvir alguém que convivesse com o HIV no corpo há mais de dez anos. Perguntei à psicóloga se haveria alguém nessas condições e ela me falou dele, que, na época, já havia completado 15 anos, pelo menos, com o vírus. Diferente de Helenita, Ágata e Walker, Ivo não me conhecia e em função disso, imaginei a princípio se esta era a razão para Ivo ser o único deles a se dirigir a mim usando o tratamento “senhor”, agindo de uma forma acanhada, com muita cerimônia. Observava isso entre o agendamento e o início das entrevistas, porém, no decorrer delas, freqüentemente mudava sua conduta e me parecia ficar mais à vontade. Com o tempo, percebi que essa maneira de se portar é típico da sua maneira de agir e se apresenta nas mais diversas situações da vida. Assim, no “setting” das entrevistas e, portanto, no campo transferencial estabelecido comigo, apenas reproduzia esse seu modo de ser.

Na última entrevista, não foi diferente e, no transcorrer dela, Ivo passou a falar de conteúdos emocionais, como medos e desejos, de maneira espontânea e sem a necessidade de ser estimulado para isso. Ao falar das suas dificuldades de ir ao SAE e de compartilhar com outras pessoas questões relacionadas à aids, disse que as entrevistas eram uma forma de suprir essa privação, de ter alguém para conversar e desabafar.

Eu pensei isso hoje de manhã. Indiretamente essa entrevista que faço com o senhor é um dos grandes momentos pra desabafar. Eu me senti muito bem depois que

comecei a conversar com o senhor. Eu me sinto mais corajoso, me sinto mais fortalecido. Não sei te dizer como, mas eu me sinto bem.

Nessa última entrevista, perguntei-lhe também como é viver com aids. Diante desta pergunta, seu semblante mudou, prendeu a respiração por alguns segundos e respondeu rindo, mas de uma forma desconcertada: *Essa pergunta é muito difícil. É uma pergunta que eu tenho que ir para casa raciocinar um pouco sobre ela.* Disse que, ao ouvir o nome da patologia, sente uma *retração*, corrigindo em seguida pela palavra *retrocesso*. Acrescenta, tentando esclarecer tal sentimento: *como se tudo passasse, tudo na mente, assim, muito forte. Nos momentos, por todas as coisas ruins que passei... Mais ou menos isso que veio agora. Sente-se um sufocamento, sente-se impotente. É o que mais a gente sente. O que mais a gente sente é impotência.*

Dessa forma, a aids mudou profundamente a sua vida, pois, além dos cuidados mínimos com os remédios e ir assiduamente ao médico, precisa se privar de alguns prazeres, como tomar banho de chuva e aproveitar a vida boêmia. Além disso, carece de cuidados excessivos para não adoecer. Assim, se vai pescar, o seu *hobby* favorito, cerca-se de todas as precauções possíveis para não contrair uma malária, uma vez que mora numa região onde essa doença é epidêmica. Como a dengue é também epidêmica em algumas épocas do ano, resta apenas contar com a sorte ou com o amparo divino para não ser contaminado. *A gente fica a mercê da sorte, rezando pra que o vírus da dengue não te pegue.*

Por fim, pergunto-lhe como se sente participando dessa pesquisa e quais suas expectativas em relação a ela. Retoma sua fala de que era um momento importante para poder falar de si, além de ser uma oportunidade de me ajudar. *É bom ajudar o senhor, que gosta de ajudar, também, né?* Ressalta que via a pesquisa *pelo lado científico* e com a esperança de que ela seja bem divulgada, para que as pessoas vejam como a vida do doente de aids é difícil. Acredita que se isso acontecer, principalmente os jovens irão se cuidar mais, pois, mesmo com todo o empenho do governo e das mídias, a doença continua proliferando.

Nessa sua fala, lembro-me de um assunto tratado com Ágata, quando falava do medo do aumento exagerado no número de doentes, a ponto de o governo talvez não ter condições de manter os programas de distribuição gratuita de remédios. Faço essa pergunta para Ivo e ele responde que tem esse receio, pois se isso vier a ocorrer seria *o caos* para a maioria dos doentes, uma vez que tem consciência do preço dos remédios, acessível apenas a poucos. A

gente tem medo da medicação faltar um dia. Seria um caos para todos nós. Se tornaria um país da África.

Após agradecer sua colaboração, encerro a entrevista.

Quando ele está saindo da sala, sugiro que ele possa entregar para a Letícia (a psicóloga do SAE) o texto das entrevistas anteriores, com as suas sugestões de mudanças, sobre o qual havíamos conversado antes da entrevista, porque ele ainda não havia me devolvido. Ele disse que faria isso até a minha viagem. Mas não o fez.

2- Discussão

• O círculo da solidão

Depois da aids foi muito difícil, porque me senti sozinho e achava que era o fim. Fui muito impaciente comigo mesmo, muito solitário, fugindo de tudo e de todos.

Era muito badalado. Quando fiquei sabendo, gradativamente fui ficando sozinho. Foram essas as suas palavras quando lhe perguntei, na primeira entrevista, sobre as mudanças ocorridas em sua vida após a soropositividade. Aos poucos, mudava os seus hábitos, deixando de ser uma pessoa que apreciava a vida noturna, festas, passeios e que convivia com muitos amigos. Começou a se afastar das pessoas do seu círculo de amizade, a evitar atividades sociais, principalmente porque houve *faíscas*, isto é, comentários a respeito da sua contaminação, produzidas por um funcionário do hospital onde fez os exames para a detecção do vírus da aids. *Foi quem espalhou. Tive a comprovação disso.*

A alternativa encontrada foi mudar de cidade. Pediu transferência do trabalho e foi morar no interior do estado de Rondônia. Dois anos depois retornou para Porto Velho, seguro que as *faíscas* haviam sido apagadas e disposto a retomar sua vida de antes. Ingressou num curso de teatro e o contato com *pessoas de cabeça aberta* o ajudou a ter novas amizades e a sair do isolamento imposto pelo medo de ser rejeitado por ser um portador do HIV.

Retomou a vida boêmia e a ser a pessoa *badalada* de outrora. Havia *amadurecido* e não sentia mais necessidade de *dar satisfações* de sua vida. Sentia-se bem; a aids não havia se manifestado e não se via mais como *um transmissor* da doença, como pensava no início, sentimento que o fazia ter, até mesmo, receio de tocar em outras pessoas – *aquele medo de me aproximar, falar, achar que ia pegar aids só porque estava falando comigo*.

Pouco tempo depois, conheceu Manoel e se *trancou novamente para o mundo*, porque o companheiro é muito reservado e pouco empenhado em fazer novos amigos ou cultivar um círculo social. *Ele é uma pessoa que procura defeito para bloquear a relação. Olha e diz: “Ah, é antipático!”* Assim, para atender as suas “*exigências*” foi se afastando também de pessoas com as quais gostaria de solidificar vínculos. Ou seja, por amor a Manoel, renunciaria a alguns interesses e se enclausuraria.

Pensando nessa sua relação com o companheiro, passa a discorrer sobre os modos como construiu os vínculos afetivos de sua vida. Lembra-se, então, das histórias de como foram construídos alguns laços de amizade e constata, ao divagar sobre essas lembranças, que os enredos desses enlaçamentos carregam a marca da antipatia à primeira vista. *Sempre tive um chama para pessoas que são totalmente avessas a mim. Não sei se sou masoquista, mas sempre faço isso. Aquela pessoa que ninguém gosta, que não gosta de mim também, que a gente não bate, com o tempo se transforma numa pessoa querida*.

Da mesma forma aconteceu com Manoel. Anunciado por um amigo em comum, o qual apontou o interesse dele por Ivo, a sua reação foi: “*Ah, não tem nada a ver!*” Era mais uma pessoa “*avessa*”, que não “*batia com ele*”, mas que tinha um “*chama*”. Um *chama*, que se acendeu como uma chama, graças à mistura de vários combustíveis na química entre eles, na qual não deixou de faltar álcool ingerido em excesso como ingrediente para a combustão de *uma transa sem camisinha*.

Procurou sua médica. Gostaria de saber como proceder. Ouviu como resposta o enigma: “*existem azarados e azarados*”. Não sabe como teria procedido se a conduta da profissional fosse diferente. Teria contado para Manoel? Teria se afastado? Por outro lado, imagina que se cada um tivesse tomado um rumo distinto, teria *perdido uma grande pessoa*, a vivência com alguém que ele sabe que o amou. Sabe que foi tomado pela necessidade de permanecer ao seu lado, encantado com o amor e por ter conseguido cativá-lo. E em nome desse amor, inclusive, *trancou-se para o mundo*, porque Manoel não apreciaria a vida agitada

e festeira de Ivo, preferindo ficar recluso em casa, convivendo apenas com um número restrito de amigos e parentes. Além disso, a união deles está na contramão de uma sociedade que tem como (única) referência de amor romântico os relacionamentos heterossexuais. Assim, havia pouca oportunidade de comentar sobre o seu relacionamento amoroso, de compartilhar experiências ou de eles manterem vínculos sociais como qualquer casal heterossexual faz.

Os amigos e parentes sabem que vivem conjugalmente, mas tratam desse fato de forma velada, não falada. Numa dessas situações de bastante constrangimento, a mãe de Manoel foi até Porto Velho visitar o filho e chegando a casa dele, teve *uma crise nervosa muito grande*, cuja causa - eles entenderam rapidamente - só poderia ter sido por ela haver percebido que *viviam* juntos. Percebia e não havia como negar que o filho militar, orgulho da família por ser patenteado, é homossexual. *Aí ela falou pra mim que só volta a Porto Velho no dia em que o filho se casasse com uma mulher. Eu entendi, deixei o barco correr, ela foi embora e nunca mais voltou...*

Para Ivo, a homossexualidade - na sua vida, na sua história - aparece com um *peso* importante nas escolhas dos caminhos trilhados, entre eles, o da solidão e o do isolamento, mesmo quando está dentro de grandes círculos de amizade. Ao perceber que seu desejo apontava para o mesmo sexo, decidiu não *expor* esse assunto, para se *preservar*. *É uma barreira que eu impus, entendeu?* Era época da sua adolescência. Muito católico, estudioso do catecismo e sonhava em ser padre. Tentou namorar algumas garotas, mas sentia-se *abusado, muito mal*, em investidas sempre frustrantes. *Tive casos de não ter ereção com mulheres.*

Com 18 anos, foi para o exército cumprir o serviço obrigatório. Nesse período, conheceu e se enamorou por um oficial. *“Minha primeira pessoa”* - como ele denomina. *Quando os soldadinhos vão chegando, os graduados vão logo escolhendo os seus pares. Rola muito essa coisa.* Embora percebesse a sua orientação homossexual há bastante tempo, procurava resistir a ela. Mas, a partir dessa sua primeira experiência sexual, passou a se ver como indigno da aprovação divina e, por isso, decidiu não mais receber o sacramento da eucaristia.

Entende que não há como resistir aos seus desejos, mas também não deixa de vê-los como pecaminosos, impossibilitando-o ao exercício pleno da fé. *Eu me senti bloqueado, sem saber o que estava acontecendo comigo. Como sempre, nunca fui de conversar com ninguém*

sobre mim, o que acontecia comigo. Então, foi uma carga a mais pra mim. Um peso muito grande que tive que agüentar sozinho.

Agüentar sozinho. Estar sozinho. Decidir sozinho. Não compartilhar. Trancar-se para o mundo. Estar num abismo escuro, sem ninguém para conversar. Medo da solidão... Foram frases que apareceram em vários momentos nas falas de Ivo. Embora se colocasse como uma pessoa *badalada*, com muitos amigos e uma família amorosa, sente-se solitário e teme que possa estar condenado à solidão para o resto da vida, pois não consegue *se abrir* para os outros, buscar ajuda ou partilhar sentimentos. *É uma coisa desde minha adolescência. Sempre fui uma pessoa muito trancada. Tive muitos problemas porque não compartilhava com ninguém a minha vida e tinha que tomar as decisões sozinho.*

A homossexualidade entrava nesse contexto, nesse seu círculo de solidão, oferecendo novos elementos para ele ser mantido. O sentimento de desaprovação de Ivo à sua própria orientação sexual o faz se sentir indigno para se expor, falar de si, *se abrir*. Frequentemente trazia para as entrevistas o desejo de ter alguém que pudesse ouvi-lo, com quem ele pudesse desabafar. Dizia que embora conversasse com pessoas que lhe dão amparo, como a irmã e a mãe, não conseguia *aprofundar o diálogo* com elas quando tratava dos seus problemas.

Com a aids, essas dificuldades acentuavam-se. O medo de ficar sozinho, de ser abandonado, aumentava. No início, quando soube, sofria por não ter com quem conversar, nem mesmo com profissionais de saúde. Infectado há muitos anos, enfrentou um tempo quando os serviços de assistência aos soropositivos eram bastante precários, havendo muitos desencontros de informações sobre essa patologia e carência de especialistas que pudessem dar atenção e cuidados adequados aos infectados pelo HIV. *Acho que naquela época era bem mais difícil, principalmente para mim, que não sabia para onde ia.*

Sem saber para onde ir, alvo de boatos, precisou se exilar para se proteger. Sentia que portava um mal dentro de si, do qual não tinha como fugir. Por isso, sentia-se podre, *uma pessoa praticamente morta e que fede*. Assim, o círculo da solidão se ampliava e Ivo estava cada vez mais impotente para quebrá-lo. Coincidentemente ou não a esses sentimentos de se sentir podre, como alguém morto, Ivo se queixava de pesadelos constantes, cuja temática mais freqüente era de estar perdido num cemitério, os quais teriam começado quando passou a tomar o *Efavirenz*.

Eu sonhei que eu estava imobilizado, não tinha nada amarrado em mim, mas não conseguia me mover. Tinha um caixão, havia uma pessoa morta lá dentro, um homem. Ele estava em decomposição. Estava derretendo, virando aquela meleca embaixo do caixão. Eu não conseguia fazer nada, só ficava desesperado, muito desesperado.

Assim como o seu sonho, a aids o imobiliza em amarras invisíveis. Deixa-o impotente e o faz se sentir apodrecendo, sem vida. Traz, também, mais elementos que o impõe ao isolamento, como se vivesse dentro de um cemitério, isto é, o próprio corpo afetado pela presença de um vírus mortífero e que provoca medo em muitas pessoas, exatamente por causa do medo da morte. O raciocínio se formaria da seguinte maneira: “se as pessoas têm medo da morte e, se eu sou portador de algo equivalente à morte (o HIV), devo me afastar, antes que elas se afastem de mim.”

Dessa forma, temos um ciclo de problemas, trazidos pela homossexualidade, pela aids e pela solidão. Todos eles se sobrepõem, exacerbando, mais ainda, os problemas trazidos por cada um deles individualmente. A homossexualidade faz Ivo se sentir mais isolado. Sentindo-se mais isolado, não consegue viver plenamente sua vida. É obrigado abafar, pelo menos publicamente, parte de si. Com a aids, acontece o mesmo e ele vincula essa doença à homossexualidade. Ser homossexual seria sinônimo de ser doente de aids, ou seja, de ser rejeitado, olhado com desdém duplamente, como se fosse obrigado, no “ônibus da vida”, a sentar nos bancos demarcados: no fundo, isolado e fechado para o mundo. Primeiro, por ser homossexual, depois, por ter aids.

- **A vida em duplicidade**

Se tem um segredo. Fica o maior tormento se não for revelado. Vivi duas faces: uma o meu sentimento interno e a outra a vida que eu tinha.

Ser homossexual é, muitas vezes, e para muitas pessoas, estar obrigado a ter uma vida dupla.

A cena de um casal homossexual namorando no sofá da sala de estar de uma família tradicional, no gramado de um parque ou num banco de um metrô, ainda provoca estranhamento. Em muitos, até repulsa ou escárnio. Isso acaba circunscrevendo as

manifestações homoeróticas para um universo “underground”, fora do alcance dos olhares inquisitoriais de quem pensa ser guardião de uma norma sexual prevalente.

A aids, como já foi tratado, provoca o mesmo efeito para a maioria das suas vítimas. Para não serem aniquiladas pelos seus sintomas sociais, optam – ou se vêem obrigadas – a esconderem ao máximo essa condição, como se fosse uma clandestinidade sem sair do lugar onde se vive. Na realidade, se fosse possível o exílio, os infectados migrariam para um outro lugar, para um corpo sem a presença de um algoz chamado HIV.

Com Ivo, temos o relato de uma vida que enfrenta o drama de ser um doente de aids e, ao mesmo tempo, não aprovar os destinos para onde apontam sua sexualidade, como se pedisse o exílio para um outro corpo por causa do HIV e para uma outra alma por causa da homossexualidade. Não sendo possível, resta a alternativa de uma vida dupla, fingindo não ser homossexual (*Se alguém mexe comigo, vou lá e enfrento a barra. Digo até que não sou gay. “O que foi? Não gosto de homem não!”*) e tentando disfarçar, esconder a aids, como aconteceu quando se aposentou. Para os colegas, justificou seu pedido usando um problema grave na sua coluna, conhecido por todos que o rodeavam. Mas o processo precisou tramitar em vários setores e mesmo sendo confidencial, algumas pessoas apareceram “solidárias” – como ironicamente definia – para tentar saber o que estava acontecendo.

Então, trocava de assunto, falava de outras coisas. A pessoa chegava sabendo que eu era HIV-positivo, quando ela chegava pra falar comigo sobre isso, eu falava sobre a minha coluna. Você tem que dar uma da cara de pau. Você tem que ser bem cínico. A pessoa também tem que sentir que você também não está a fim de conversar com ela sobre esse assunto. Ela chegava pra mim pra falar sobre aids e eu falava sobre minha coluna. Ela insistia e eu continuava falando sobre a coluna. Depois, pedia licença e ia fazer alguma coisa. É muito difícil. Eu procuro não ofender e não me defender. Troco de assunto, assim que eu faço. Na época, me sentia muito mal. Meu maior medo, meu pânico, era de ser discriminado. Ainda existe hoje, mas é bem menor. Nunca gostaria de ouvir ninguém me chamar de transmissor da aids, apesar da aids, hoje, ser tratada. Não é curada, é tratada.

A decisão de se aposentar foi desencadeada quando a aids começou a se manifestar, em 1997, e Ivo iniciou o tratamento. Começou a ter problemas no trabalho por estar sempre doente e padecendo pelos efeitos dos remédios. Estava faltando bastante ao serviço e não conseguia *desenvolver* o seu trabalho. Por isso, decidiu contar para sua chefe imediata, esperando que ela entendesse as suas dificuldades e o orientasse como proceder. *Estava chorando muito, não queria fazer aquilo, mas eu precisava.* Sentiu-se aliviado com a acolhida, principalmente quando sua confidente disse-lhe ter um filho homossexual que morava na Europa.

Com essa conversa ganhou uma aliada no trabalho, que lhe dava suporte quando precisava ausentar-se. Mas novamente surgiram *fofocas*, assim como havia ocorrido anteriormente. Acredita que a sua chefe precisou contar a seus superiores para poder justificar a benevolência em relação ao subordinado e isso propiciou o surgimento de comentários, levando-o a optar pela aposentadoria, usando o “*escorregamento na vértebra*” como motivo para justificar tal decisão para os colegas, embora soubesse que seu requerimento passaria por vários setores, para incontáveis pareceres. Isso aconteceu e depois de dois anos, foi aposentado.

Com a aposentadoria pôde, pelo menos, conduzir o tratamento sem o incômodo de precisar encontrar justificativas para explicar suas ausências no trabalho. Pôde, então, aproveitar alguns prazeres, como ir todos finais de semana ao sítio que comprou e estar junto à natureza, jogar vôlei, pescar e descer o rio Madeira de barco.

No entanto, ainda havia alguns problemas a serem administrados: as consultas, as internações e o seu relacionamento com Manoel. Consultar-se no SAE ou ser obrigado a se internar no CEMETRON implica no risco de ser identificado como doente de aids, por isso adotava estratégias para ficar menos possível nas filas de consulta, chegando depois do início dos atendimentos. *Cada vez que a gente vai ao SAE é um desafio. Faz o que se tem que fazer e lava**. Já no CEMETRON há também um outro problema na ótica de Ivo, pois estar naquela instituição torna mais difícil esconder-se da aids e esconder a aids. *Quando você fica doente, não tem como fugir. A pessoa está vendo que você está doente, principalmente se você vai para o CEMETRON.*

A questão da duplicidade em relação à aids se acentuava mais ainda, quando se tratava da sua história com Manoel. Retomando seu relato dessa parte de sua vida, temos uma união costurada a partir de uma *transa sem camisinha*. Uma experiência, para Ivo, que o colocava diante do seu temor de ser visto como *um transmissor da aids*. Temeroso que isso pudesse ter acontecido, procurou ajuda, mas, mesmo assim, não conseguiu contar a Manoel que ele havia feito sexo desprotegido com um soropositivo. Estava apaixonado e temia perder a amizade, a pessoa de quem gostava - *ficar sozinho*.

* Gíria. Significa sair de um lugar rapidamente.

Começa aí sua história de *tormento e aflição*. Estavam morando juntos e Ivo decidiu não contar pelo menos até conseguir ter forças para se *recompor*. Oportunidades não faltaram, mas o assunto da aids foi silêncio entre eles. De um lado, Ivo sentia-se culpado, com a necessidade falar, livrar-se do peso que o abatia. Do outro, tentava racionalizar, pois, talvez, Manoel pudesse ter se contaminado com outra pessoa, antes de fazer sexo com ele. *Na verdade, não sei se fui eu que o contaminei* (sic). *Ele teve muitas relações e assim como transou comigo sem camisinha, pode ter transado com muitas outras pessoas.*

Para aumentar a dramaticidade da situação, Ivo adoeceu algumas vezes, foi internado, começou a tomar os remédios e Manoel tinha o hábito de fazer check-up's - ir sempre a médicos e submeter-se a vários exames. *Quando ele começava a falar que ia fazer, era o meu desespero*. Ivo imaginava que alguma alteração em *suas taxas*, denunciadas nos hemogramas, pudessem levantar a suspeita dele estar infectado. Aconteceram também os boatos, conforme já foi relatado. Inclusive, teriam dito ao Manoel da soropositividade de Ivo. *Essa pessoa ficou sabendo antes de mim e espalhou na cidade. Por ironia do destino, eles tiveram um relacionamento muito antes de mim. Só que ele não acreditou e morreu a história*. Assim, viveram por mais de dez anos: *uma vida dupla*, como definiu. *Vivi em dois mundos*. Um deles *o inferno*, por esconder a *verdadeira história* e o outro, o da felicidade, pela convivência de companheirismo e afetividade entre eles. Se, por ventura, o significante aids aparecia, mudavam de assunto, fingiam que não o haviam percebido. *A gente disfarçava, mudava de canal, procurava pular o assunto*.

Quando Manoel começou a apresentar sintomas visíveis da aids, Ivo novamente se sentiu dividido. Seria aquela a hora de contar? *É a hora da verdade* – concluiu. *Ou digo a verdade pra gente procurar um tratamento, ou vou deixar ele morrer. Eu não achava isso justo. Acho que não sou uma pessoa que nasceu pra fazer esse tipo de coisa. Minha mente não me permite que eu faça isso*.

Manoel soube. Acabou o tormento e as aflições de Ivo. No entanto, para sua surpresa, o relacionamento havia esfriado. Não ouvia acusações verbais, mas sentia nos gestos, nas atitudes do companheiro, a revolta. Tentava conversar, mas acabavam brigando, porque Manoel *estoura rápido*. Escutou profissionais de saúde e eles eram uníssonos que era preciso ter paciência. Tentava se acalmar, mas não era fácil suportar as indefinições de sua vida.

O companheiro viajou sem que eles conversassem sobre o assunto. Também não se despediram ou decidiram se manteriam o relacionamento ou não. Ivo não sabia que rumo dar a sua vida e, ao invés *de tocar o barco*, deixava a *maré levar*. *Eu não consigo ver o futuro* – lamentava-se, desolado.

Sentia-se, aos poucos, excluído da vida de Manoel e começava a temer a solidão. Lembrava-se que, recentemente, havia tido pneumonia e isso lhe dava a consciência de que poderia morrer *a qualquer momento*, o que seria pior ainda se estivesse sozinho. *Pode aparecer uma doença pior e não vai ter cura. Vai ser muito triste pra mim*. A duplicidade da vida diminuía, mas o círculo da solidão se intensificava - e se fechava.

- **Uma “sobrevida” de duas décadas**

Se ela quiser se tratar, ela vai viver bem. Vai poder sobreviver por muito tempo.

“Você usou a palavra *sobreviver*, como se dissesse *sobrevida*. Você já pensou nisso?” Faço-lhe esse comentário e essa pergunta após ele falar a frase em epígrafe, relatando uma conversa com sua mãe, referindo-se a uma amiga deles, contaminada pelo HIV. Ele sorri, parecendo impactado ou pelo menos surpreso com o meu comentário. Um pouco atordoado, responde: *Mais ou menos. Sobreviver significa que você poderia ter morrido há muito tempo, né? Ou há pouco tempo...*

Poderia ter morrido. Há muito tempo, há pouco tempo. O que importa? Ter aids é ter tido um encontro com a morte. Tratar-se, sem se curar, é a alternativa possível para ganhar uma “sobrevida”. *Fazendo o tratamento você tem a oportunidade de viver mais tempo. É saber que você pode continuar, seguir em frente*. Estar com aids, dentro dessa lógica, é como se vivesse para além de um crédito, ou seja, é estar em débito. Por isso, talvez, a expressão “sobrevida” para se referir a quem se trata e ainda não morreu. *Sobrevida* seria não ter morrido e viver “acima” do que se deveria. Usando essa palavra, é como se disséssemos que o “sobrevivente” não tem uma vida plena, mas uma vida que excedeu o limite de uma medida.

Por uma lógica, tudo o que excede a vida aproxima-se da morte e, por isso, usamos a expressão “moribundo”, isto é, cheio de morte, para quem não tem mais esperança de escapar de uma morte breve. Entendo que ao dizer que o doente de aids tem uma sobrevivida - de cinco, dez, quinze anos, se fizer o tratamento - equivale dizer que ele é também um moribundo,

estando bastante próximo da morte. Entendo que há “a vida” – nem menos, nem mais. Ou seja: assim como não há uma absurda “pré-vida”, não há uma “sobrevida”. Entretanto, a ferida provocada pela aids parece incorporar esse sentimento de ser um “vivo-morto” entre os doentes de aids.

O depoimento de Ivo é um protótipo desse pensar. Lembrando: ele disse ter se sentido *podre*, que *fede*. Afirmou ainda que é impossível não associar a aids à morte, pois doenças banais para a maioria das pessoas podem ser fatais para um soropositivo. Em duas décadas de luta, Ivo enfrentou vários obstáculos e o mais difícil deles era imaginar que a morte estava à espreita. Com um futuro negado e a morte uma certeza, a alternativa era deixar o *barco correr* e viver *intensamente* como se cada momento *fosse* o derradeiro, *comemorar* cada *aniversário como se fosse o último*.

A morte não veio, tornou-se mais *seguro*, *mais positivo*. Descobriu que poderia criar perspectivas de vida, pois não morreria *amanhã*, mas com a consciência de que não poderia suspender os remédios, mesmo com as dores e provações trazidas por eles, porque, do contrário, a doença o *pegaria* e o *levaria*.

Mesmo mais *positivo*, menos *solitário*, é impossível não pensar na morte. Afinal, amigos e ídolos como Cazusa, Lauro Corona e Freddy Mercury morreram vitimados pela aids. Por outro lado, há sempre esperanças. Não, necessariamente, de encontrarem a cura, mas de poder ter amparo das pessoas que ama. *Se todo mundo me abandonasse, acredito que já teria partido dessa há muito tempo. Ficar sozinho, não ter amigos, ninguém mais gostar de você, não se aproximasse. A seqüência seria a depressão e acredito que a depressão leva ao óbito rapidamente.*

Chegamos, novamente, ao círculo de solidão de Ivo. Se for abandonado, rejeitado, o destino inevitável será a depressão. E a depressão, seria o caminho mais rápido para a morte. Sem apoio, sem amor, não teria forças para lutar. Estaria duplamente vulnerável – imunológica e emocionalmente.

- **Alguém para confessar**

Essa entrevista com o senhor é um dos grandes momentos... serve para eu conversar, desabafar. Acho que seria bom que tivesse alguém para conversar de vez em quando.

Nem com os amigos que sabem. Eu nunca busco a ajuda deles [da família] nesse caso [da aids]. Quando fico doente minha irmã me ajuda, faz comidinha, vai na minha casa, mas conversar sobre o assunto, a gente não conversa. Ivo se queixa que se sente só, que gostaria de ter uma pessoa para conversar, desabafar, falar dos seus receios, dividir suas aflições. Mas não consegue.

Lamenta-se por ser uma pessoa muito trancada, fechada para o mundo desde a adolescência, que mesmo sendo *muito família*, inserido em vários círculos de amizades, não consegue encontrar alguém *digno, brilhante, de confiança*, para *se abrir*. É consciente de que sempre foi assim, pelo menos desde a adolescência, e que a presença da aids em sua vida veio a exacerbar essa dificuldade. *Quando você está dentro de um abismo escuro e sozinho, sem ter saída pra lugar nenhum, é muito difícil. Não sabe mais discernir quem é seu amigo, quem é confiável, quem não é. Cada pessoa que chega perto de você, só chega ali por obrigação.*

Esse sentimento de insegurança e o receio de se expor e a postura de “*retração*”, usando uma expressão sua, foram transferidos para o campo das entrevistas. Conforme já relatei, Ivo sempre demonstrou estar pouco à vontade quando se encontrava comigo, no ambiente das entrevistas ou fora dele. Algumas vezes, imaginei que ele iria desistir da pesquisa ou não autorizasse o uso dos seus depoimentos. Em 2004, meses depois de ter lhe enviado o texto das entrevistas realizadas até então, o qual não havia me devolvido, tentei conversar com ele. Sabendo desse meu interesse, respondeu apenas, para a psicóloga do SAE, que “estava tudo errado”. Na última entrevista, em janeiro de 2005, perguntei sobre o texto, se haveria algo que gostaria de mudar. Não me respondeu, disse-me apenas que faria algumas alterações e me entregaria antes da minha viagem. Informei-lhe que se não o fizesse, entenderia que estava me autorizando a publicar como estava. Acenou demonstrando ter entendido.

Conforme também já relatei, não me entregou o citado texto com as alterações. Cogitei, em função disso, excluir este caso do material de trabalho para a tese. No entanto, analisando seus depoimentos, sua história de solidão e de sentir-se à margem do mundo, e, principalmente, as declarações da última entrevista, decidi mantê-lo como um dos sujeitos da pesquisa. Não por piedade, mas por entender que esse é o seu desejo, mesmo tendo se

demonstrado, algumas vezes, arredio ou constrangido. A fala, a seguir, foi um dos motivos que sustentaram minha decisão:

Vejo sempre o lado científico da história. O outro lado é que tenho a oportunidade de conversar, de falar de todos os assuntos, de toda a minha trajetória. Eu gosto de conversar com o senhor, me ajuda. Eu vejo que me dá mais coragem. Eu me sinto mais corajoso de tocar qualquer assunto. Eu me sinto mais fortalecido, não sei te dizer como. Mas eu me sinto bem.

Juliano: Quando você foi chamado a colaborar com a pesquisa, qual foi a sua expectativa?

Ivo: *Eu senti a curiosidade de saber até onde ia... Pensava em ajudar. Acredito que possa trazer muitas informações e as pessoas que tiverem oportunidade de ler a sua pesquisa, possa ser ajudada através da leitura. Sou uma pessoa muito fechada, que não conversa com as pessoas. Acho que tem essa relação, em termos de informação. Quem adquiriu HIV, aids, possa ler seu trabalho e tirar proveito pra ela. Pra ela saber se encaminhar, ter uma vida mais saudável.*

Fiquei surpreso com essa sua declaração, incluindo sua fala anterior de que as entrevistas eram *grandes momentos* em sua vida, pois constituíam um espaço singular para poder *desabafar* e expor assuntos mantidos em silêncio, anos a fio. Entendi que o relacionamento construído ao longo das entrevistas reeditava o jogo de forças entre o desejo de se expor e o de se manter recluso, fechado para o mundo. Por um lado, gostaria de falar de si, dividir *aflições e tormentos*, mas do outro prefere esconder-se, pois se *abrisse pra todo mundo* talvez seja rejeitado, *abandonado*. As entrevistas colocavam-no nesse mesmo campo, no qual medo e desejos se confundem. Com isso, as mesmas estratégias da vida cotidiana, entre elas a “*retração*”, eram reproduzidas, nos discursos e nas ações.

As entrevistas constituíram-se em espaço para manifestações transferenciais e, assim como ocorre na clínica, transformou-se em um instrumento tático para o entendimento dos modos de funcionamento da psique. Ali se tinha um ambiente propício para o desabafo, para a *confissão*, como Ivo atribuía a muitos momentos em sua vida, quando precisou revelar algo de si para outrem, principalmente, sobre a homossexualidade e a aids. Era, portanto, um momento apreciado por conseguir se “destrancar”, mas a carga emocional ali investida não deixava de arrastar as mesmas resistências que, possivelmente, o impedem de romper o seu círculo de solidão.

WALKER

1- A história de Walker: uma vida no limite

Cena 1: Um casal *conflituoso*, vivendo numa cidadezinha do interior do nordeste. Ele *alcoólatra*, rouba as galinhas que a mulher guarda para comer nos quarenta dias do puerpério. Ela muito nova, *não é flor que se cheire*, vai a uma festa e deixa duas crianças pequenas em casa, sozinhas. Ele chega, *pega* as crianças e *sai* em *caravana* junto com o sogro que é *homossexual*. (*Dizem que eles têm um caso!*) Vão até uma cidade um pouco maior e entregam cada criança para uma família diferente e *somem no mundo*. Ela, a mãe, fica sabendo, mas *também não questiona* (sic).

Cena 2: Um casal em *desencontro*, pois são muito jovens para assumirem a responsabilidade de cuidar de duas crianças. Eles têm uma *desavença*, ela muito festeira, vai para um baile e deixa as crianças sozinhas em casa. Ele chega, *vê aquela situação* e resolve ir embora e leva consigo as duas crianças. Há, no meio dessa história, um *avô homossexual* que *bolinava* uma dessas crianças e a versão dela (da mãe) de que ele (o pai) bebia e roubava seus frangos. Mas este último fato pode ser uma história *meio mal contada*.

São duas versões da mesma história, quase idênticas, mas com repercussões emocionais bastante distintas. A primeira é concluída com as seguintes palavras: *pra uma criança de dois anos de idade a ausência da mãe signif... A mãe abandonou*. Falando sobre as lembranças da segunda cena/versão, o comentário é: *Foi como um resgate. Acredito que é bom para qualquer pessoa ter esse vínculo, saber que teve um pai que, de alguma forma, ou de alguma maneira, o protegeu, o cuidou*.

A primeira cena é uma composição de seus relatos no começo da pesquisa, um fato recontado algumas vezes, mas com poucas mudanças nos seus detalhes. Para Walker, em tal cenário está a origem ou, pelo menos, a razão maior para a *loucura* de sua vida, de sua desestrutura psíquica. Esse abandono teria deixado marcas indeléveis, feridas difíceis de serem fechadas e por onde vazariam suas compulsões. O primeiro abandono foi quando a mãe

o deixou sozinho em casa e depois o pai e o avô tentaram entregá-lo a um chefe político da região, o qual se recusou a recebê-lo e, por isso, foi “depositado” nas mãos de outra pessoa com as seguintes palavras: “*Se não quiser, vou abandonar ele aí na porta.*” Não tendo alternativa, essa pessoa disse: “*Não, deixe ele aí. Vamos cuidar disso.*”

Aquele pessoal – como denominou o casal que lhe cuidou após ter sido abandonado, eram católicos *fervorosos* e muito rígidos. Educaram-no, matricularam-no em bons colégios, mas por alguma razão ainda *ficou alguma coisa*, um sentimento de abandono. Para piorar, colocaram-no num colégio interno e ficaram *mais ou menos um ano* sem visitá-lo. *Foi terrível, foi um segundo abandono.*

A composição da segunda cena começa com uma *borracheira*,* após Walker tomar a ayahuasca. Telefona para o meu celular, quase à meia-noite, logo após essa experiência com o chá, pois queria o número do telefone do seu psicoterapeuta, o qual ele sabia que eu conhecia. Retornei a ligação no dia seguinte e ele pede para falar comigo. Conta-me o ocorrido na noite anterior de uma forma bastante eufórica, ressaltando ter redimensionado a imagem do seu pai, ou seja, ele não seria o vilão do seu abandono, como as histórias da família sugeriam. Por isso, nessa mesma conversa disse que talvez alterasse a versão de alguns fatos colocados no seu relato para a pesquisa, os quais eu havia lhe entregado para ser lido.

Cinco meses após aquela conversa, esse assunto deu início à entrevista final. Naquele momento fez o relato que vem compor a “cena dois”. Imediatamente avisou estar em dúvida, pois talvez o efeito do chá tenha lhe “mostrado” aquilo que gostaria de “ver”, motivado por sua necessidade de reparar a imagem de seu pai. *O que eu vi pode ter sido por quanta* (sic) *disso, uma necessidade. Eu elaborei isso inconscientemente e sob o efeito da ayahuasca veio à tona.*

Digo-lhe ter tido a impressão de ele ter ficado feliz com a *miração*** provocada pelo chá e com aquela “nova” versão para a sua história de abandono, pois isso “limparia” o nome do seu pai. Respondeu-me fazendo referência à sua rejeição da imagem de Deus-pai, como se

* Nome dado para o efeito da ayahuasca, que é uma espécie de transe, um estado de semiconsciência. É um termo utilizado pelas seitas e religiões que fazem uso desse chá em seus rituais. (Ver Ágata, notas de rodapé da página 48. Ágata participou da União do Vegetal, enquanto Walker é membro do Santo Daime).

** Miração é o nome dado para as imagens visualizadas a partir da *borracheira*. Ver nota anterior.

tal sentimento fosse uma *conotação* da imagem negativa do seu próprio pai. *Isso repercutiu na minha crença no grande pai* - complementou.

Esse pequeno fragmento da vida de Walker, esboçado até aqui, ajuda a dar um destaque dos modos de funcionamento da sua dinâmica psíquica, envolto por uma luta interna, marcada pela tentativa de suportar as frustrações e em controlar compulsões fortíssimas: cigarro, bebidas (em outrora), sexo (incluindo pedofilia) e jogatina. A aids entra em sua vida e se insere dentro dessa dinâmica quase como um freio, como se lhe oferecesse uma barreira aos impulsos e a possibilidade de ter um senso (um juízo) sobre os limites entre desejo e realidade.

Walker foi contatado simultaneamente à Ágata, sendo eles os primeiros sujeitos da pesquisa. Não houve propriamente um critério de escolha deles e, sim, uma tentativa de se abordar uma pessoa de cada sexo, que, *a priori*, aceitassem participar dessa investigação acadêmica e concordassem em se submeter aos seus procedimentos metodológicos. Ele é casado, com dois filhos, tendo adotado outro no decorrer da pesquisa e, nesse mesmo período, fez um curso superior e iniciou uma especialização *lato sensu*, com planos para mestrado. Descobriu a soropositividade em junho de 1999, mas não tem noção de quando foi contaminado, pois sua vida era extremamente boêmia. *Vivia inconsciente, de bar em bar. Muita bebida, muitas farras, muitos contatos.*

Usou drogas por um período delimitado, como benzina e maconha, mas nenhuma delas em seu uso, como é sabido, oferece risco de transmissão do HIV. Por isso, deduz que a contaminação ocorreu por meio de um contato sexual. *Eu acredito que foi por aí o meu contágio. Não tinha o menor controle sobre a minha vida, sobre o meu tempo. Naquela hora ali, do rala e rola, bêbado, a gente nem pensa nisso.*

Relata que foi doar sangue por causa de uma cirurgia realizada em um parente, visando a reposição do sangue que seria usado, uma prática muito comum para manter os níveis de reserva dos hemoderivados. Recebeu um telefonema do pessoal do HEMERON para ir até lá e ver *uns resultados*. Ao ser atendido, foi informado de que, entre as baterias de exames feitos com o seu sangue doado, havia o teste do HIV, o qual havia apontado para a possibilidade de ele ser soropositivo. Diante do impacto da notícia, não acreditou no que ouvia, só poderia *ser um engano*, pensou. Fez um novo exame, mas o resultado foi o mesmo. Procurou um laboratório particular e aí não houve mais espaço para negar a situação.

Naquela época, estava tentando mudar seus hábitos de vida, tornar-se uma pessoa mais *controlada*. O primeiro passo, entendia, era controlar a bebida e com isso havia conseguido ficar abstinência do álcool por meses. Enfim, estava tentando um *recomeço*, conforme suas palavras. No entanto, diante desse fatídico *entrou em crise* e voltou a beber.

E a esposa? Como contar para ela? E se ela também estivesse infectada? Walker protelou, mas num *dia terrível* contou para ela - chamada aqui de Valéria. *Um dia terrível*, porque a maneira como trouxe a notícia foi da *pior forma possível* – como posteriormente veio avaliar. *Cheguei em casa embriagado. Quer dizer, o impacto nela foi muito maior. Ela sentiu muito mais. Lembra.*

Ela fez os exames e ele lhe propôs que, caso fossem negativos, iriam se divorciar. Os resultados foram todos positivos e Valéria *ficou numa difícil*. Ele voltou *pras farras e pra bebedeira*. Seis meses depois, numa conversa com a psicóloga do SAE, começa a *cair na real*. Percebia que sua vida tinha sido modificada - *querendo ou não* - e era preciso se *adequar a uma nova realidade*. Assim, ele primeiro, Valéria depois, aprenderam, aos poucos, a se adequarem àquela nova realidade. *Ela vincula a vida dela à minha. É um problema.* – justifica. Sentaram, conversaram e puseram *ordem* na vida conjugal. *Zeramos tudo. Fizemos um pacto: “entramos nessa juntos, então vamos caminhar juntos.”*

Nessa época em que souberam, meados de 1999, seus filhos, Alexandre e Carolina, estavam na passagem da meninice para a adolescência. Decidiram não contar para eles, pelo menos até terem maturidade para compreenderem a situação. Walker temia principalmente que eles, impactados pela notícia, contassem para algum colega e como *num rastro de pólvora* cada vez mais se tornasse público o fato de a aids fazer parte da família deles e, assim, “evaporasse” o sigilo e, com ele, a barreira de proteção contra o preconceito e à rejeição. *O cara não diz assim: “O pai de fulano é HIV-positivo.” Ele diz: “O pai de fulano é aidético.” Isso é pejorativo demais!*

Em 2001, Walker teve uma crise de herpes e os exames indicaram a necessidade de iniciar o tratamento com os remédios antiaids. Começa a tomá-los e adapta-se bem, exceto por uma leve cefaléia no início, pelo incômodo de ir ao SAE, mensalmente, e do receio de alguém descobrir a verdadeira finalidade daqueles remédios tomados diariamente. Por isso, adotou o hábito de tirar os rótulos e jogar fora as caixas e as bulas. E, se alguém perguntava, dizia: *“São vitaminas!”* No entanto, perto do final de 2002, seu filho pegou uma caixa no lixo

e leu a bula. Guardou-a até Walker chegar em casa, à noite. Na primeira oportunidade, foi logo perguntando sobre o remédio.

*Eu tive que inventar uma mentira pra ele. Falei que aquilo era para herpes, uma doença genital, sexual, transmissível e tal. “Esse remédio é um dos componentes do coquetel antiaids.” Aí ele disse: “Ah, eu fiquei assustado!” Eu disse: “Mas e se fosse? Você sabe que hoje só morre de aids quem quer?”
Rapaz, chega gelei de cima a baixo. Subiu assim aquele... Nossa senhora! Mas veio na hora a mentira. Muitos anos de prática, né? [risos, silêncio]*

A esposa ficou *apavorada*, mas ele pediu para ela se acalmar. Sabia que o filho não havia se convencido. *Ele vai se manifestar de novo* – respondeu-lhe convicto. Dois anos depois, logo após ter tido a *miração** com a ayahuasca a respeito do seu pai, Walker contou para o filho. Diz ter sido uma experiência muito difícil, embora amenizada por estar sob o efeito do chá. Surpreendentemente, ele e o filho repetem o diálogo do dia em que Alexandre encontrou a caixa do anti-retroviral na lata do lixo. *“Eu fiquei chocado.”* – disse o filho, ao que o pai responde: *“Mas chocado por quê? Você sabe que hoje só se morre de aids quem quer?” Eu sei.*” – respondeu Alexandre, talvez tentando se resignar. *Ele é bem informado* - complementa Walker – *mas quando bate na porta da gente é mais difícil.*

A filha, Carolina, segundo Walker, ainda não havia exposto nenhuma *curiosidade*. Ele entende também que ela é *muito imatura* para isso, não só por ser mais nova do que Alexandre, mas pelo seu estilo de personalidade. *Não sei se estou sendo preconceituoso* – disse numa entrevista. No entanto, ela havia pedido para ir ao ginecologista e para fazer o teste da aids. Com isso, Walker e Valéria foram jogados na dúvida: será que ela desconfia ou será que ela fez sexo sem camisinha? *“Você andou se expondo a algum risco?”* – eles perguntaram. *“Não, eu só quero saber mesmo.”* – a filha teria dito. Relata, mais uma vez, que a relação com a filha é muito diferente do vínculo que mantém com o filho, pois ela seria muito *fechada* e eles têm pouca afinidade um com o outro.

Naquele momento, percebi que o seu semblante mudou, principalmente quando cogitava a possibilidade da filha ter iniciado uma vida sexual. Tive a impressão de ser uma situação que gerava mal-estar, até mesmo um pesar, pois ficou cabisbaixo, com o corpo arqueado. Falo dessa minha impressão e ele me responde: *Sabe Juliano, tenho percebido que não tenho sido um bom exemplo. Fica difícil chamar o meu filho ou a minha filha pra dar um*

* Ver notas de rodapé da p. 119.

sermão. Até porque quem sou eu pra dar conselho? Se eu fiz um tanto de coisa errada e ainda faço. Isso me angustia.

Poucas pessoas sabem da sua soropositividade. Ele contou apenas para alguns profissionais de saúde, para mim e para o seu filho mais velho. Diferente dos outros entrevistados, não revelou sobre o seu contágio nem a parentes bastante próximos e procura manter ao máximo o sigilo deste fato. Por isso, acredito que esse mesmo cuidado foi estendido para algumas questões da pesquisa, pois embora tenha mantido uma relação de proximidade e de bastante confiança em mim, mostrando-se sempre disponível e à vontade em todas as entrevistas, foi o único dos entrevistados a demonstrar, embora não verbalizado, incômodo em assinar o termo de autorização para a divulgação da pesquisa. Pareceu-me não uma desconfiança e sim um impacto diante do seu nome num papel, atestando que ele é um doente de aids de uma forma palpável e irrefutável. Por outro lado, quando lhe disse, na última entrevista, que havia decidido retirar do trabalho algumas histórias que poderiam denunciar a sua identidade, tive a impressão dele ter se frustrado com essa minha posição, como se “parte dele fosse retirada”. Disse-lhe que percebia e entendia sua reação, mas minha obrigação maior era proteger meus informantes.

Ele havia lido o texto com suas entrevistas e circundou alguns registros. Perguntei qual era o motivo e ele respondeu que aquelas histórias eram conhecidas por outras pessoas, mas havia pensado e decidido que seria melhor eu manter seus relatos na íntegra. Suspeitei, no momento, se aquilo não era mais uma manifestação autodestrutiva de Walker, pois ao “insistir” que histórias de sua vida, conhecidas por colegas, amigos e familiares, fossem expostas em um trabalho de acesso público, revelaria o verdadeiro nome dele e esfacelaria com um segredo que ele se esforça tanto para manter.

Essas questões dos comportamentos autodestrutivos de Walker é um ponto norteador para as articulações entre a sua dinâmica psíquica e a aids. Nas primeiras entrevistas, sempre fez questão de acentuar “o quanto” a aids o ajudou a ter controle sobre sua vida. Tornou-se mais *calmo*, mais *caseiro*, não estava mais ingerindo bebida alcoólica e havia deixado de fumar há mais de um ano. No entanto, em maio de 2002, na quarta entrevista gravada, ao entrar na sala sinto o cheiro de cigarro e ele me parece “agitado”. Começa a entrevista dizendo que havia se assustado recentemente com um sangramento nasal, mas os exames não apontaram nada sério. No decorrer da entrevista, digo ter percebido que ele voltou a fumar.

Ele responde que sim, pois estava passando um momento de muita tensão por causa de dinheiro e seu organismo, impregnado pela nicotina desde os dez anos, começava a *cobrar*. *O cigarro me dá, pelo menos momentaneamente, uma aliviada*. Relatou que, embora continuasse a beber a ayahuasca, não freqüentava mais os cultos do Santo Daime, pois havia acabado o seu *encanto* e aqueles princípios religiosos não conseguiam mais conter os seus *anseios* e manter o *equilíbrio* que tinha conseguido durante algum tempo.

Três meses depois, em agosto, iniciou a entrevista dizendo estar *numa perdida*. Havia perdido o caminho de sua vida e não sabia qual era a razão disso. A psicóloga do SAE havia solicitado que ele procurasse ajuda psicológica fora dos serviços prestados por aquele órgão, pois seus problemas estavam além das questões relacionadas à aids. Anteriormente, essa mesma profissional o havia encaminhado para um psicoterapeuta especialista em sexualidade, após ele ter pedido ajuda quando tentou seduzir sua filha. Dessa vez, o problema estava na compulsão por jogos - máquinas caça-níqueis, principalmente. Isso havia gerado uma dívida superior a dois salários mensais dele. Para não comprometer o orçamento doméstico, via-se obrigado a participar de “*esquemas*” em seu trabalho. Era um ano eleitoral e as peculiaridades de uma época daquela criavam um ambiente propício para pedidos de favores em troca de compensações ilegais. Criava-se, assim, *uma bola de neve* da qual *não conseguia sair*.

Terminado esses relatos, pergunto: “Walker, posso dizer que você tem uma inclinação autodestrutiva?” *Sim* - ele me responde – *é o jogo, o álcool, o fumo, esses esquemas. É a pedofilia. Não sei por que isso...* [bate palmas] *Quer dizer, sai de uma, cai na outra. Sai de um...* Não termina a frase e começa a rir. Então eu lhe falo: “Sai de um ‘esquema’, cai em outro ‘esquema’. Como se fosse sempre um retorno?”

É! Responde concordando comigo, num tom reflexivo, abaixando a cabeça. *Aí como romper isso? Como? E olha que eu tenho me esforçado! Tenho procurado ajuda, tenho ido a religiões e procurado ajuda.*

Disse que pretendia descobrir a razão dos seus atos inconseqüentes, da sua dificuldade de *frear, parar e pensar*. Entende que *evoluiu*, pois já tinha *consciência* do seu comportamento, diferente de outrora quando não tinha a mínima noção de seus atos. Precisava, no entanto, encontrar uma forma de transformar essa consciência em ação, pois *a inconseqüência traz conseqüências*. Lembra que, até aquele momento, não havia feito nada

que não pudesse ser revertido, mas temia chegar a um ponto em que não pudesse *arcar* com as conseqüências de seus atos compulsivos.

Refletindo sobre as próprias palavras, Walker levanta hipótese de que talvez seja o prazer no risco - a *adrenalina* - o porquê de suas atitudes. *Essa adrenalina me faz inconseqüente!*

A aids, segundo ele, seria um outro *foco*. Faz parte de um outro campo, pois as compulsões, o desequilíbrio, as atitudes autodestrutivas, existiam antes da doença. Conclui: *Eu quero corrigir minha vida não porque tenho HIV. Quero corrigir minha vida para mim, por mim.* “Traduzindo” – eu lhe digo – “tua vida estaria complicada mesmo sem o HIV?” *Sem o HIV* – responde, corrigindo-me – *talvez estivesse mais complicada, porque quando tomei consciência do HIV reduzi o ritmo.*

Retoma, então, a minha pergunta sobre ele *querer se destruir* para poder explicar sua proposição anterior. Relata alguns pensamentos suicidas, inclusive os levados a termo e se pergunta da origem *disso*, se *vem* da sua *infância* ou *está além*. *Eu não estou tranqüilo, eu não estou legal. Se pudesse fazer assim* - estala os dedos - *e desaparecer... Seria ótimo! Só que não é assim.*

Circunscreve algumas medidas tomadas em busca de respostas e os suportes adotados para compensar suas decepções. Cita a participação em movimentos religiosos e a procura de psicoterapias alternativas que se articulam com crenças religiosas. Mas nenhuma delas parecia dar conta dos seus anseios, seu *vazio*. Nesse momento, revela estar planejando adotar um bebê, tendo iniciado os procedimentos legais. Justifica tal decisão no fato de não ter curtido os filhos e, uma criança, naquele momento, poderia *suprir* aquela *falta*. *Estou disposto a arriscar, porque sei que ela [a esposa] é forte. Supriu os dois, porque não supre o outro? Ela disse que está disposta a arriscar também.* (“Se não for o que você espera” – pergunto – “Valéria vai ‘suprir’ a sua obrigação?”) *Bom, mais...* Tenta articular uma resposta diante da minha pergunta, mas acaba concordando comigo. *De certa forma sim, Juliano.*

Dentro desse assunto, resgata sua história com Valéria. Ele era o professor dela - ele com 24 e ela com 16. Ela, na sua avaliação, seria pessoa ideal, pois nunca tinha namorado, *era bobinha*, nutria uma paixão quase *doentia* por ele. *Não tinha aquela coisa que parecia a minha mãe, que era muito autoritária.* Mas, para sua surpresa, o tempo fez a esposa *bobinha*

se revelar *igualzinha a mãe. Ela me cobra as coisas. Eu fico mal, mal, mal. É minha mãe todinha. Pense num cabra angustiado!*

Seguem-se risos, longo silêncio. Encerramos a entrevista.

Pouco mais de dois meses depois voltamos a conversar. Descreve os efeitos adversos dos psicotrópicos prescritos pelo psiquiatra com o objetivo de ajudá-lo a conter suas compulsões, os quais o fizeram desistir de tomá-los. Disse ter pensando muito no que foi falado na entrevista anterior e chegou à conclusão que *lhe falta algo. Eu não sei o que é. E, se soubesse, já tinha ido buscar*. Percebia que nem a mulher, nem a família, as religiões ou até mesmo a ayahuasca conseguem suprir *essa falta. Talvez* – continua sua fala num tom desolado - *eu passe a vida toda nessa busca, talvez eu morra e não consiga suprir esse anseio, essa falta*.

Quando nos encontramos um ano depois, a pedido dele, relatou que havia adotado um menino, Davi, conforme havia planejado. Tinha conseguido quitar as suas dívidas, continuava a fumar e as compulsões pelo jogo ainda permaneciam, porém de uma forma mais amena porque as máquinas caça-níqueis haviam sido proibidas. Limitava-se aos jogos oficiais da Caixa Econômica Federal. As compulsões sexuais ainda *apareciam* e por isso mantinha seus *casos* fora do casamento.

A mudança maior em sua vida, que foi o motivo que o levou a me procurar, tinha sido sua decisão em suspender o uso dos anti-retrovirais. Não deixava de ser algo surpreendente, pois seu incômodo com os efeitos colaterais ocorreram apenas no início do tratamento, em 2001, e bastante suaves se comparados com as queixas da maioria dos pacientes. As queixas de Walker se dirigiam ao fato de ficar “preso” aos remédios e não aos efeitos deles em si. Reclamava das posologias, pois o obrigavam a carregar os comprimidos consigo e a ingeri-los em público e, por causa deles, ficava restrito o seu horário de alimentação. Além disso, como os outros pesquisados, queixava-se dos riscos de ser “denunciado” quando vai ao SAE buscá-los, ou para se consultar.

Ao me revelar sua decisão de suspender o uso dos anti-retrovirais, repetiu as queixas citadas no parágrafo anterior, acrescentando ter lido na internet que os remédios poderiam prejudicar mais do que ajudar. Disse que, ao longo do último ano, ia todo mês fazer suas consultas, pegava os remédios, mas os queimava. Estava pensando em contar para a sua

médica (Dalva) e para a psicóloga (Letícia), porém, antes disso queria falar comigo, ouvir minha opinião. Perguntei se ele imaginava qual seria minha opinião. Disse, então, imaginar que eu não aprovaria. “Você sabe das possíveis consequências e dos riscos.” – comento. *Sei, mas eu me cuido* - diz. “Você sabe quanto custa cada caixa desses remédios?” – volto a falar. *Imagino!* Depois de dizer isso, fica em silêncio.

Em seguida, depois de ficar alguns segundos calado, relata o nível de CD4 por milímetro cúbico* do seu sangue, cujo exame havia feito recentemente e apontava normalidade, estando no mesmo padrão aceito para soronegativos. Quanto à carga viral, havia feito o exame em março, dez meses antes daquela entrevista, não tendo havido detecção de cópias de vírus. *Fico de olho. Se acontecer alguma coisa, corro pra lá* – isto é, para o SAE.

Em meados de 2004, o pessoal do SAE resolveu fazer um exame para verificar se era preciso mudar sua medicação, uma vez que para eles o paciente estava há três anos com o mesmo esquema de tratamento. Talvez, em função da nossa conversa no início do ano, decidiu contar para a psicóloga e, depois, para a médica, que não estava tomando os remédios. *O exame era muito caro e eu fiquei com a consciência pesada. Quando fui falar pensava que haveria alguma reação.** Mas não, foi tranquilo.*

Na entrevista final, disse permanecer sem tomar os remédios e estava feliz pelo fato de seus exames estarem dentro dos padrões normais, adequados *a priori* para manter a sua saúde intacta. Havia voltado a freqüentar o Santo Daime, o que lhe ajudou a manter o casamento, pois tinha abandonado a família e se refugiado em seu sítio. *Vieram falar comigo* – os líderes da igreja – *e eu repensei. Um homem sozinho, a força dele é diferente de um homem com a família.* Mais uma vez lutava contra suas compulsões, suas insatisfações e com a sua dificuldade em administrar a própria vida.

* Ver “lista de abreviaturas, siglas e termos utilizados”, (Anexos, p. 259).

** A “reação” que ele se refere era o receio que a equipe do SAE o repreendesse por causa da sua conduta.

2- Discussão

- **A aids foi o limite**

Quando tomei consciência do HIV reduzi o ritmo. Tomei consciência melhor das coisas, da vida.

Acompanhamos, na história de Walker, uma vida de “*inconseqüências*” – como ele mesmo define. *Inconseqüências que trazem conseqüências.*

De fato vieram conseqüências. Ele se contaminou com um vírus mortífero e, depois, involuntariamente contaminou a esposa. No entanto, quando Walker fala das conseqüências de suas inconseqüências está se referindo ao seu temor de que um dia não possa reverter o efeito de algum comportamento movido pela compulsão. Hábitos constantes e, às vezes, indomáveis, como jogos de azar, pedofilia ou o envolvimento com esquemas de corrupção.

Ainda bem que até agora não trouxe nenhuma conseqüência desastrosa, que não pudesse ser resolvida. Mas pode chegar algum ponto que não possa arcar com essas inconseqüências. Dizendo isso, o olhar de Walker brilhou e repetiu o cacoete de bater uma mão contra a outra, mantendo-as juntas, por alguns segundos. Uma atitude muito freqüente nas entrevistas, manifestada quando expressava uma emoção mais forte ou parecia ter compreendido ou dado novo significado para fatos de sua vida. *É justamente aí que está o pulo do gato. Essa adrenalina que me faz inconseqüente.*

O prazer estaria no risco e não no resultado do investimento, ou seja, o prazer estaria no perigo e não no ato que *a priori* seria o gerador de prazer. Não seria o prêmio do jogo, o prazer maior, mas talvez o próprio risco do jogo – a possibilidade de perder. Não seria o ato sexual ou os benefícios da corrupção, mas a idéia de transpor regras sociais com uma prática de sexo reprovável (perfídia ou pedofilia) ou quando faz uma apropriação financeira de forma indevida.

Seria isso que Walker estaria pensando quando falou do *pulo do gato*? Da *adrenalina* que o faz *inconseqüente*?

Não prosseguiu o assunto. Após o cacoete, fez silêncio para, em seguida, falar que nos primeiros momentos, após saber da soropositividade, não *ligou muito* para o vírus. Continuou a beber e não tomava cuidados especiais com a sua saúde e permanecia na vida de *farras*. Com o passar do tempo, aprendeu que precisava se cuidar e, se cuidando, não teria razões para se preocupar, pois tomando os remédios os seus exames ficavam iguais ou melhores do que *uma pessoa normal*. E acrescenta: *Acho que tomando a medicação o foco não está aí. O fato de eu ser portador do HIV, o foco é outra coisa.*

A descoberta da aids o fazia pensar na sua vida. Pensar nas suas atitudes que se aproximavam do limite tênue entre o viver e o morrer. Assim, a doença seria um *outro foco* na sua vida. As compulsões já existiam antes de ser infectado, embora, talvez, tenha se contaminado no exercício de uma das suas compulsões, o sexo. Logo, a aids seria uma consequência de suas compulsões, mas seria independente delas. Consciente disso, Walker buscava respostas, buscava ajuda. Concluía, então, que essa empreitada o *amadurecia*, porém não o suficiente. *Acho que o problema das compulsões com amadurecimento não tem nada a ver. Tenho consciência do que pode acontecer, mas não consigo me livrar. Eu digo assim: “Não, eu não. Vou evitar, não vou nem passar por lá e tal.” De repente, quando pego um dinheirinho, vem aquela coisa. “Não, e se for hoje. Seu dia?” [risos] Você está entendendo como é que fico? [silêncio]*

- **Mais além...**

Por que eu não consigo frear, parar e pensar?

As entrevistas com Walker, entre o final de 2001 e o início de 2005, possibilitaram-me acompanhá-lo em vários momentos de oscilação do seu discurso em relação a fatos de sua realidade, principalmente no tocante à luta para tentar administrar as compulsões que o afligem. Nas primeiras entrevistas, acentuava as mudanças - *para melhor* - em sua vida e no relacionamento com a família (A Valéria achou ótimo, sempre sonhou que eu pudesse mudar meu modo de viver), desde que decidiu não mais *negar* a nova realidade. Creditava a maior parte dessas mudanças ao envolvimento com o Santo Daime e aos efeitos *indescritíveis* da ayahuasca, que *mexeram* com suas emoções e o fizeram iniciar um movimento de *resgate a coisas da mente*, o qual o levou a um *arrocho espiritual*. (“Arrocho?”)

É uma sensação de morte. *Me senti levado a uma dimensão que tinha uma entidade naquele momento dispondo da minha vida. Por exemplo, se ela quisesse acabar comigo ali, ela acabaria. Eu me senti suplicando, a sensação de que estivesse brigando com a minha força. Chorei muito sob o efeito e depois fiquei chateado porque a força fez isso comigo. Me senti nada sabe, me mostrou que eu não era nada. A única coisa que eu estou querendo é ser uma pessoa melhor. Depois é que veio a explicação. “Você não consegue nem comandar a sua vontade, você não manda na sua vontade, como é que você quer o respeito da força?”* Aí caiu a ficha.

Caiu a ficha. Decidiu que não fumaria mais, embora algumas vezes sentisse muita vontade, a ponto de quase não resistir. Essa decisão funcionaria como um protótipo de sua tentativa de mudanças, de ter uma *vida correta*, mais estável. Começava a ter um projeto de futuro - *planos para desfrutar na velhice*. Preocupava-se com os estudos dos filhos, começava uma faculdade e se esforçava para, pelo menos, manter o padrão de vida alcançado. Ressaltava que somente voltaria a beber se acontecesse algo muito grave, pois não sentia o mesmo impulso em relação ao álcool como ocorria com o cigarro. Além disso, tinha a consciência de que beber, assim como deixar de tomar os remédios, fortaleceria o vírus.

Estou me sentido bem demais sem a bebida. Dizendo esta frase, faz um comentário que ganhou um significado dubio, quando o interrompeu, gaguejando, antes de terminá-lo. *Não tenho mais atração pela vida... por essa vida. Eu sinto isso. Eu não tenho mais essa atração...* A fala interrompida “*não tenho mais atração pela vida*” chamou a minha atenção. No momento, fiquei com a dúvida se aquela interrupção sutil poderia ser a voz de uma insatisfação sua, inconsciente, com a *vida correta* que tentava levar. Ou, se era um pequeno detalhe, irrelevante, ao tentar mostrar que não se atraía mais pela vida desregrada de outrora.

A entrevista prosseguiu com ele falando que ainda permanecia fazendo *uma fezinha* nos jogos de azar, depositando neles “a fé” de que poderia ter uma vida financeiramente estável na aposentadoria, a qual demoraria a ocorrer, pois sua contagem de contribuições à previdência social era muito pequena, devido às várias mudanças de emprego, sendo pouco deles com registro em carteira. *Nunca parei em emprego. O emprego onde eu parei mais foi aqui [em Porto Velho], quando cheguei.*

Essas falas foram colhidas numa entrevista em março de 2002. Dois meses depois, em maio, não demonstrava mais a mesma serenidade das entrevistas anteriores. Bastante agitado, dizia que estava *numa correria danada* em busca de dinheiro para pagar algumas dívidas. Por isso – justificava - havia voltado a fumar e não freqüentava mais o Santo Daime, embora permanecesse tomando o chá, preparado por ele próprio. A ayahuasca, assim como a nicotina,

ajudava-o a ficar mais calmo, *mais aliviado*, pelo menos *momentaneamente*. No entanto, percebia que os rituais e os princípios da religião não estavam mais *correspondendo aos seus anseios*. Imaginava que, talvez, a influência da faculdade, das posições científicas, estariam suplantando *o lado místico* na sua busca por respostas.

Começou a lembrar da sua relação com as religiões, com as quais teria uma história de muita *aversão*, pois elas seriam ferramentas de dominação e ele sempre muito *indócil*, *ousado*, não se deixava submeter. *Sempre fui avesso à religião. Separo bem religião de religiosidade. A religiosidade é inerente ao ser humano. Até pela não compreensão desse poder de raciocínio, de transformação.*

O chá resgataria nele essa religiosidade, enquanto a *seita* – o Santo Daime – estava deixando-o *fanático*. Além disso, ainda segundo o seu raciocínio, a religião é feita por homens e conduzida por homens, também *cheios de falhas e defeitos*.

O contato com os líderes do Santo Daime o decepçionava, deixava de vê-los como inspiradores, pessoas diferenciadas.

Lá dentro tinha mestre que não era mestre de nada, nem dele mesmo. Chegava no banheiro e tinha três quatro mestres falando dos outros. Eu digo: “Aqui não vou achar nada além do que a ayahwasca me deu.” E procurei beber em casa. Tinha a ilusão de que ia achar alguma coisa espiritual, mais palpável. Acabei me desiludindo.

Essa entrevista, em maio de 2002, foi encerrada com ele dizendo que o HIV não era *um problema* em sua vida e que *não se preocupava nem um pouco* com esse vírus. *O maior problema é as pessoas saberem* - acrescentou. Sabia dos cuidados necessários e isso o deixava tranquilo, pois havia aprendido a ler os sinais do seu corpo. *A preocupação é quando sente dor, né?* Compara, então, a aids ao câncer: *Tenho mais medo do câncer porque geralmente é doloroso. Ele come o sujeito por dentro. Se tivesse escolha, prefiro (sic) ainda o HIV.*

Na entrevista seguinte, em agosto, pareceu-me mais angustiado ainda. Dizia: *Estou numa perda, perdi o meu caminho*. Havia se endividado jogando (*maquininhas, bingo, loterias, jogo do bicho, até rifa*) e se esforçava para a família não saber das dívidas. Continuava a fumar, cada dia mais compulsivamente. Como numa *bola de neve*, o endividamento o deixava mais vulnerável a participar dos esquemas de corrupção do seu trabalho e isso o deixava mais *angustiado*. *Aparecendo um esquema, dá pra quitar. Aparece o esquema, estouro tudo no jogo, esperando aparecer mais. Justamente aí, o ciclo vicioso.*

Lamenta-se por ter se afastado do Santo Daime, pois, embora quisesse uma *espiritualidade sem religião*, o distanciamento dos valores religiosos teria aberto *uma brecha* para a *ansiedade*, levando-o a fumar e a perder o controle das compulsões. *Estava num estágio, dei uma regredida e caí no jogo. Experimentei por um momento levar uma vida correta e isso me atraiu bastante. Só que a realidade é diferente, a realidade impõe.*

Nesse momento e nas entrevistas seguintes, começou a “teorizar” sobre a origem das suas compulsões e em que elas se relacionam com os caminhos para os quais sua vida se dirigiu. Fala de uma ansiedade e de uma busca sem fim por algo além da *racionalidade*, que não consegue *apalpar* e por isso não conseguia *ficar em paz*. *Essa ansiedade são aquelas respostas que a gente quer buscar, que não estão ao alcance.*

Na entrevista seguinte, queixou-se dos efeitos colaterais do remédio prescrito pelo psiquiatra para as suas compulsões. *Eu amanhecia tremendo, parecendo o tempo que bebia. Até o chá pra eu beber ficou um negócio difícil.* Decidiu, à revelia do profissional, suspender a medicação, pelo menos até a consulta seguinte, quando pediria para ser mudada. Emendando, disse que havia pensado em suas compulsões desde a última entrevista e havia chegado à conclusão que lhe *faltava algo*.

Aí, vem o cara e diz assim: “E tua família, tua mulher?” Eu digo: “Eu gosto deles. Eles estão ali comigo e tal. Mas não quero estar toda hora agarrado, toda hora junto.” Tá entendendo? É algo além disso. Busquei em seitas, religiões e até na própria ayahuasca alguma coisa que suprisse isso, essa falta, essa necessidade que sinto de algo que eu não sei o que é. Por um certo tempo até parece que encontro. Na ayahuasca é também assim. Se eu tivesse largado tudo e me dedicado à ayahuasca talvez eu tivesse mais feliz. Só que era errado, era falso, isso era falso. Quero encontrar algo consciente, que supra essa necessidade, essa falta. Acho que devo buscar, continuar buscando. Agora, jogar de uma forma descontrolada, acho que não é certo. Muitas vezes, até passo dos limites, estouro os limites. Mas eu sei que não é certo. Muitas vezes, no momento, naquele momento ali, não penso nisso. Como no impulso, o impulso sexual. Ou o impulso do cigarro. Como se eu não... Eu vou largar tudo isso, largo, largo! Larguei! Pronto! E agora? [silêncio]

- **A presença de uma falta**

Uma insatisfação que eu não sei de onde vem; não sei o porquê...

E eu começo a procurar o motivo dessa insatisfação. Procura, não encontra. Angustia-se. Quer se tornar uma pessoa melhor, diferente. Mas não sabe como se portar, como se posicionar em situações cotidianas. Não consegue se definir, falta discernimento para agir ou

tomar decisões. *É pra passar a mão, eu meto os pés. Outras vezes é pra meter os pés, eu passo a mão. Luta que eu acho até injusta. Por que eu? Por que eu tenho que ficar lutando desse jeito para não ser, para ser uma pessoa melhor? Isso me angustia.*

Há um grande sofrimento, devida à falta de prumo, de rumo; pelas incertezas. Nas suas lamúrias, destoam não só as indecisões sobre como se portar na “briga” para ser uma *pessoa melhor*, mas também o adejo de uma dúvida: querer ou não querer ser uma pessoa melhor. *Por que tenho que ficar lutando para não ser/para ser uma pessoa melhor?* - pergunta-se. Um desassossego de longa data, que segundo acredita, teria o levado a ficar arredio e resistente às normas e às leis. Tornava-se questionador ao que lhe ensinavam em casa, na escola ou na igreja. Tais questionamentos, segundo avalia, traz um preço: *Uma angústia muito grande. Feliz é quem nunca se preocupou com isso.*

Queixa-se da falta de um juízo interno para administrar suas compulsões e a “*vida de um modo geral*” - acrescenta. Relaciona essa dificuldade às *lacunas* dentro de si que *precisam ser preenchidas*, mas não sabe *como e nem por que*. Dizendo isso, volta a falar de suas *faltas e insatisfações* e lembra que, por causa delas, havia decidido sair de casa. *Fui morar sozinho em seu sítio. Eu fico insatisfeito e acho que isso é nocivo pra minha família.* Dizia que não conseguia se adaptar às rotinas domésticas, às responsabilidades que precisa dividir com a esposa a respeito da casa, da educação dos filhos ou de outras incumbências da vida adulta.

Quero mais é chegar em casa, eu quero ir pro computador, jogar pinball, jogar paciência. Ela fica pelejando pra me chamar pra conversar, pra planejar, pra ver como está a nossa vida. Não tô nem aí pra isso! Ela me irrita, às vezes. Me atinge. É a maneira só como me olha. É a minha mãe todinha [ri]

Juliano: E como está a relação de vocês, agora?

Walker: *Está caminhando para se tornar a mesma coisa. A gente sempre se deu muito bem na cama. A gente sempre se deu muito bem nesse lado. Existe um carinho, eu sinto falta dela. Mas quando chega no lado prático da vida, no lado daquele negócio do adulto mesmo, de resolver as coisas, eu sinto que fica tudo muito em cima de mim. Mas, às vezes, ela fala comigo e eu me sinto uma criança, de cinco anos, que a mãe está brigando com ele, que ele fez alguma coisa errada. Acho horrível essa sensação. Sou um homem feito, de quarenta e dois anos, e não sei me portar, me conduzir. Parece que eu não tenho o controle da minha vida, das minhas ações, dos meus atos. Então, isso é terrível - angustia! Ela chama pra realidade e eu sou muito voador.*

Ficou alguns dias morando no sítio, mas, como havia retornado para as atividades do Santo Daime, as pessoas do comando daquela religião foram até ele e fizeram *uma sessão extra*, tentando convencê-lo a mudar de opinião. *Eu repensei muito e resolvi voltar pra casa. Um homem sozinho, a força dele é diferente de um homem com a família.* Além disso,

sozinho, sem a esposa, experimentava uma sensação de deslocamento social, pois suas amizades são com pessoas casadas e com isso não se *sentia bem* estando separado, desacompanhado, no meio de casais. Da mesma forma como havia perdido o suporte da religião, quando deixou de freqüentar os cultos e *entrou numa perda*, o mesmo parecia acontecer com a ausência da mulher e dos filhos. Apesar de se queixar dos incômodos familiares, sentia-se mais protegido e menos “perdido” estando com eles.

Voltava a “teorizar” sobre sua dinâmica psíquica - ou “se *auto-analisar*”, como disse numa entrevista – e monta um esquema demonstrando como acredita ter chegado aos comportamentos compulsivos: *Uma insatisfação que eu não sei de onde vem, não sei o porquê. Só sei que não é legal e eu fico angustiado e essa angústia me leva a compulsão, me leva a jogar.*

Dito isso, retoma suas queixas por não conseguir ter domínio sobre suas ações, embora possa discernir os modos de funcionamento psíquico que influenciam suas atitudes. Incomoda-se por não conseguir encontrar a origem ou onde se sustentam suas *angústias*. *Não consegui encontrar a raiz dessa angústia, dessa ansiedade. Acredito que seja por quanta (sic) das coisas que aconteceram lá na infância, que gerou essa ansiedade. O abandono, o abandono em si.* Ou seja: acredita que se encontrar a gênese dessa “*angústia/ansiedade*” talvez se livre de seus problemas de compulsão ou, pelo menos, tenha mais domínio sobre eles.

O tempo e o lugar onde estariam a origem desse *vazio* seriam os abandonos sofridos na infância, quando, junto da irmã menor, foi carregado pelo pai e o avô, após a mãe tê-los deixados sozinhos para ir a uma festa e, depois, entregues a famílias diferentes. *Pra uma criança de dois anos a ausência da mãe signif...* Uma experiência dimensionada, no seu imaginário, como o *abandono* da mãe e a não proteção do pai, que o entregou a pessoas que não o amavam, além de ter deixado o avô pedófilo *bolinar* com ele.

O tamanho desse *vazio* pode ser dimensionado pelos recursos e pelos caminhos adotados por Walker na tentativa de driblar esses sentimentos. Aquilo que lhe interessa é buscado, na maioria das vezes, de uma forma intensa, desmedida e, invariavelmente, passional. Entre vícios e perversões, domados com enormes sacrifícios - quando consegue - há também desencantos proporcionais ao seu encanto inicial. Assim ocorreu com algumas experiências religiosas, inclusive tendo fundado uma seita (*Me vi dirigindo sessão pra trinta*

peessoas), com as psicoterapias (*Eu criava uma expectativa e num curto período de tempo me decepçionava*) e com os anti-retrovirais.

Em relação aos remédios, o seu discurso era de empolgação porque eles garantiam uma vida saudável e, diferente da maioria dos outros pacientes, não apresentava efeitos colaterais ou qualquer dificuldade para ingeri-los.

Sei que tem gente que tem problema em beber o remédio, que pára, larga de beber o remédio. Depois volta. Rapaz, essa é a minha rotina. Olhe! [balança um frasco] Aqui dentro... pra onde eu for, eu carrego. É o ddl e a AZT. O ddl é o branquinho e o AZT é o compridinho. Falar nisso, tá na hora de eu tomar um.

Havia uma empolgação a respeito de conseguir se submeter ao tratamento, como se fosse um sinal de mudanças, pois estava acatando regras, obedecendo a uma rotina e invertendo a ordem de uma vida cheia de desregramentos e aversões a tudo que pudesse controlá-lo. Isso lhe dava esperanças, pois finalmente parecia ter algum comando sobre seu destino. No entanto, com o passar dos tempos, os remédios se transformaram em incômodo, em estorvo. Não pelos seus efeitos, mas porque havia um *problema: levá-los pra tudo que é lugar*.

Esse movimento de se encantar e se desencantar refletia o próprio encanto ou desencanto com a vida, com a possibilidade de mudar os rumos do seu prazer e, com essa mudança, ganhar novos horizontes. Perdido na tentativa de “traduzir” e domesticar seus impulsos, o resultado mais freqüente era o de *meter os pés pelas mãos e fazer um tanto de besteiras*.

Diante dos impasses que tomava sua vida, ou para ser fiel às suas palavras, *a falta de discernimento* para conduzir situações cotidianas, levando-o a sentir-se como um menino de cinco anos, que precisa da voz da mãe para saber como se portar. Recorria a “muletas” para lhe dar suporte e a outros artifícios para suprir as lacunas - os *vazios* que o *angustiavam* e o *sufocavam*. O resultado era, na maioria das vezes, medidas radicais, realizadas sem a ponderação das conseqüências - não só para ele, mas para as pessoas que o rodeiam. Quanto mais *angustiado*, mais *perdido*, mais radicais eram seus atos para tentar se libertar. Um exemplo marcante dessa situação foi a decisão de adotar uma criança num momento de grande tensão interna, no decorrer do ano de 2002, quando fazíamos as entrevistas. Ele havia voltado a fumar, jogava descontroladamente, endividava-se e a *compulsão sexual voltava forte*, como dizia. O tamanho da muleta falava do tamanho da deficiência.

Não consigo, por exemplo, ser aquele cara de casa, que prega uma coisa, arruma uma lâmpada, eu não consigo. Eu queria ser um cara mais assim... Olhe bem, achei que adotando um bebê, talvez suprisse isso, essa falta, porque eu não curti essa parte com os meus filhos, entendeu? Eu vivia inconsciente na mesa de bar, bebendo. Então, eu não curti. Acho que adotando um bebê vou suprir isso. Talvez isso tenha sido uma coisa que tenha ficado, que eu não tenha passado e que a vida esteja me cobrando. Ou, que seja uma necessidade até biológica, não sei. Conversei com a Valéria, é um bebê. Estou disposto a arriscar, porque sei que ela é forte, ela quer ser é mãe mesmo, num sabe? Então, acho que, supriu dos dois, por que não supre outro? Ela disse que está disposta a arriscar também. Então, nós entramos com a papelada pra adotar.

Juliano: Se não for o que você espera, a Valéria “supriria”...

Walker: Bom, mais... De certa forma sim, Juliano. Deixa-me ver se consigo colocar. A Valéria teve um papel fundamental nessa minha mudança, porque ela não se aquietou como outras mulheres geralmente fazem. Ela nunca se conformou, ela sempre me cutucava. “Não, você tem que mudar.” Até um certo ponto ela é responsável por essa mudança, entendeu? Porque ela nunca se conformou, nunca se aquietou, nunca se acomodou. Sempre me cobrava. Acho a Valéria, a forma como ela me cobra as coisas, me faz ficar mal. Você está entendendo? A forma como ela põe as coisas, que ela me cobra as coisas, eu fico mal, mal, mal. Às vezes, fico até zangado com ela, num sabe? Ela é minha mãe todinha. As coisas da minha mãe. Tem horas que eu acho parecido. [silêncio, bate as mãos] Pense num cabra angustiado! [risos] Aí, aí!! [novo silêncio, mais longo, a entrevista é encerrada]

Antes de fazer essa declaração, Walker falava da radicalidade dos seus atos, incluindo as tentativas de suicídio e do desejo de poder *estalar os dedos e desaparecer*. Dizia, ainda, que tal estado em sua vida seria fruto dos caminhos tomados desde a infância e seria necessário *fazer o caminho inverso* para mudar, mas não era fácil, pois acabava *chutando o balde*, assim como havia feito recentemente com a religião – desencantado e desiludido. *Acho que estava em algum estágio e dei uma regredida e caí no jogo. Não sei se estava tentando prover esse vazio, essas coisas.*

Dito isso, começa a lamentar não ser um homem caseiro, que aprecie resolver problemas domésticos. Em seguida, num puro movimento de associação de assuntos, começa a esboçar seus planos de adotar um bebê que “*talvez suprisse isso, essa falta.*” Acreditava que uma criança faria com que ele ficasse mais tempo em casa, apreciando uma experiência nova em sua vida. Planos feitos e executados, tendo a esposa como avalista, um menino foi adotado no final de 2003. Empolgado, dizia que toda a família estava *girando em torno* daquela criança e ele finalmente tinha a *oportunidade* de *curtir* um filho. *Eu o vi na borracheira. Exatamente como ele é. Até o nome (Davi) apareceu pra mim. Esses dias, vi a Aninha. Falei pra Valéria: “Se prepara que eu vi a Aninha, nossa nova filha.” Ela disse: “Ai meu Deus! Não vem, não!”*

Essa empolgação, entretanto, começou a declinar e Walker percebeu que havia novamente se precipitado e a decisão de adotar uma criança era mais um engodo entre tantas outras tentativas desesperadas para suprir seus vazios e abrandar suas *angústias*. *Mais uma vez me enganei. Foi mais um meter os pés pelas mãos.*

Na última entrevista, falou de seu desencanto. Embora *adorasse* o filho, estivesse feliz por ser um menino *bonito, saudável e carinhoso*, concluía que ele não é a solução que estava buscando. Era mais uma tentativa de *suprir* suas *faltas* a malograr, uma nova muleta, um novo artifício que perdia a função. *Eu achei que adotando uma criança, fosse uma forma de me resgatar, de me auxiliar, de puxar de mim o amor que é inerente ao ser humano. De trazer esse lado mais afetivo. Mas eu tive vendo uma coisa que a gente não pode dar o que não tem, que não teve.*

- **O circuito dos impulsos e das inconseqüências**

É, acho que houve isso; esse meu desencanto.

De qualquer maneira, é uma coisa boa. Walker fala do seu desencanto, das expectativas frustradas em relação à adoção. Repetia-se o movimento do encantar-se exacerbado, desmedido, para o desencantamento que aparecia conforme o sucedâneo dos dias lhe mostrava as responsabilidades inerentes aos cuidados à criança pequena, saturada de demandas e carente de atenção constante. *Eu adoro ele! Agora de estar limpando bundinha, de estar... Eu não tenho como assumir isso.*

O resultado desse desencanto foi mais uma vez a esposa *arcar* com as responsabilidades e todas as outras *conseqüências* da sua atitude - arcar com as *conseqüências* de suas *inconseqüências*. Uma situação cogitada por ele próprio, dois anos antes, que talvez viesse acontecer: *Ela é forte. Supriu os [outros] dois, por que não supre o outro?* De fato, isso veio a acontecer:

A responsabilidade de cuidar dele está em cima da Valéria. Ela que segura a peteca! Que cuida! Acabei criando um problema maior, porque eu travei a Valéria e ela tem uma mágoa muito grande disso. Ela deixou de fazer um monte de coisas porque tem que cuidar do Davi. Prende ela!

Valéria é posta no lugar de um suporte, a base de uma estrutura cambaleante e, na visão de Walker, parece assumir os desígnios dessa posição. Arriscaria apontar para uma

complementaridade funcional na dinâmica psíquica de Walker, na qual sua esposa e os princípios religiosos exercem a função de oferecer sustentáculo emocional e de ligá-lo com os fatos inexoráveis da realidade. Sem eles, *entra numa perdida*, sente-se mais vulnerável na sua *luta injusta* contra as compulsões e *não consegue ficar em paz*. Com ambos, vive uma constante relação de instabilidade, na qual ora se aproxima, ora se afasta. Afastando-se, perde mais ainda o norte, a capacidade de discernimento e finda reatando os laços.

A aids adentrou essa conjuntura como se fosse um adesivo, oferecendo ou impondo motivos para que se mantenha vinculado tanto à esposa, quanto à religião. A doença reforçaria a sua dependência e a sua necessidade de ter um suporte – um senso de realidade e de ligação com a vida. Em busca de apoio “ganha”, por efeito secundário, instrumentos que o ajudam a manter-se vivo. Enquanto a religião, incluindo o uso da ayahuasca, possibilita a busca de respostas e suportes espirituais, algo muito importante diante da implacabilidade de uma patologia sem cura, a esposa “suporta” suas inconseqüências e não se *conforma; nunca se aquieta ou se acomoda*. Entenda-se: ela não é igual a *outras mulheres* e sempre o *cutuca*: “*Você tem que mudar!*” Além disso, sempre *segurou a peteca* e soube proteger os filhos *da realidade* de bebidas e farras do pai. *Ela separou*: “*Meu marido é um cachorro, mas o teu pai é teu pai!*” *Tá entendendo?*

A relação de Walker com sua esposa é um exemplo do circuito no qual ele está inserido e do qual tenta escapar, mas não consegue. Esforçando-se para romper o círculo, mesmo com atitudes extremadas, volta ao ponto que gostaria de fugir. Quis casar com uma moça *bobinha*, manipulável, o avesso de sua mãe, mas o destino do desejo revelou-se, para sua surpresa, exatamente o contrário: a menina *bobinha* se tornava *igualzinha* à mãe. Surpreende-se também com o nível de complacência dela com os seus *desajustes* e irrita-se porque ela o força a aterrissar na dureza do chão da realidade, a sair do mundo aéreo de *voador*, fazendo-o sentir-se como um menino de cinco anos, repreendido pela mãe por não saber se portar.

O ciclo de repetições e reedições de vivências se estende para outros campos de sua vida. Em algumas, esboça ter consciência de que isso acontece, em outras não. Alterna também a posição ocupada nesse circuito, deixando a posição passiva, como a de ter sido *abandonado* e abusado sexualmente, para uma posição ativa; abandonar e se tornar um *abusador*.

Molestado sexualmente, definia este fato como *outra coisa complicada* em sua vida. Relatou, então, três situações sobre as quais possui algumas reminiscências - ou fantasias - acerca dessas questões. A primeira é a do avô homossexual, que o teria *bolinado* ainda bebê, conforme viu em uma *miração*, depois de tomar a ayahuasca. *Eu via aquele rosto crescendo em cima de mim, como se estivesse lá, voltando, regredindo lá pra infância. Eu tinha a percepção que era meu avô mexendo comigo.* As outras duas situações teriam acontecido por volta dos seis ou sete anos de idade, quando filhos e filhas adolescentes, de amigos da família, faziam brincadeiras sexuais com ele; e também quando houve as investidas de um dos vaqueiros do seu pai. *Lembro-me que ele tentava me penetrar. Eu achava ruim, gritava. Lembro flashes dessas coisas, mas não acho que houve nenhuma penetração, porque anatomicamente era impossível. Mas isso me marcou muito.*

Para ele, essas experiências trouxeram problemas para toda a sua vida, despertaram interesses precoces por questões de ordem sexual e um descomedimento em condutas sociais no tocante a esse assunto. Perguntava-se o porquê *dessa sexualidade tão forte*, que o fazia paquerar mulheres de amigos, na casa deles, na frente de sua esposa. *Quando eu bebia, achava que toda mulher queria dá pra mim. Cheguei a ter momentos que só o sexo importava. Não achava graça em outra coisa. Minha vida de farras era em função de achar mulheres.*

Novamente, se perguntava se isso tinha a ver com seu passado, com as marcas impregnadas pelas reminiscências dos abusos sofridos. Dessas marcas e suas conseqüências, dizia que a pior delas era ter se tornado *um abusador. Passei a abusar de crianças. Tinha maior medo disso. Tinha tesão por menininhas!*

A última oração foi falada com o timbre de voz alterado, gesticulando intensamente e posicionando as duas mãos como se fosse agarrar algo com força. Relata que, ao casar, *confessou* para a esposa que tinha esse *problema*. Disse que conversaram e *entraram* num *acordo*, mas, nas entrevistas, não revelou quais foram os termos desse “acordo”. Casaram-se, tiveram um casal de filhos e, num dia, embriagado, tentou *mexer* com a filha. *Foi um problema sério! Conversei com Carolina e tentei explicar o acontecido. A gente já conseguiu superar. A filha se tornou uma mocinha e, às vezes, flagra-se dando aquele olhar. E isso me deixa mal!*

Procurou ajuda de psicólogos e psiquiatras, na esperança de obter respostas que o ajudassem a compreender, mais um aspecto de sua vida, do qual pouco conseguia ter controle e que acabava gerando outros descontroles - e mais problemas. *Dava nó na cabeça e acabava com uma coisa puxando a outra. Eu ia pra bebida. Terrível!* Deixou de beber, descobriu ser portador do HIV e essas experiências o ensinaram a se *auto-analisar (me compreender um pouco)*. Acredita que a partir dessa “*auto-análise*” conseguia ter um controle melhor desses impulsos sexuais, embora, em alguns momentos, eles *voltavam com força* e, por isso, não deixava de ter *os casos* fora do casamento. *Não é pra ficar desfilando por aí. Uso sempre camisinha pra não me contaminar de novo ou pegar outra doença venérea.*

Retomando ao ciclo de repetições, há de se registrar sua *historia de abandono*, um ponto destacado por ele como a provável fonte das *lacunas* e das *angústias* das quais tanto procura preencher e se libertar, respectivamente. Abandonado pelos pais biológicos na infância e, depois, pelos pais adotivos, quando foi internado num colégio agrícola, acredita que acabou se *desvirtuando* e se *envolvendo numa teia de coisas que não conseguia sair*. A partir dessas experiências, começou a beber descontroladamente, chegou a usar drogas ilegais e isso criou uma *bola de neve*, da qual tentava escapar, mas não tinha êxito. Mudava de cidade, de emprego, planejava recomeçar a vida, *mas para onde ia, levava toda a carga* dos seus problemas.

Nesse período, foi professor. Ministrava aulas à noite, *não vendo a hora* de encerrá-las e ir para um bar. Embriagado, dormia até o meio-dia e depois repetia esse ciclo novamente. Fez isso por meses, até perceber que uma aluna estava apaixonada. Uma paixão que aumentava a ponto de lhe parecer *doença*. Decidiu casar com ela, afinal, era ingênua e poderia ser manipulada facilmente. Além disso, era uma *fuga*. *Achava que casando me aquietava, teria mais credibilidade.*

Casou, constituiu família, mas não conseguia se *aquietar*. Continuava a se embriagar e depois ficava *deprimido, angustiado* e bebia mais ainda. Uma roda viva que parecia não ter fim.

Num natal do início dos anos de 1990, resolveu ir para o lugar que o fascinava desde quando ouvia as histórias do pai adotivo, que estivera em terras amazônicas no tempo da Segunda Guerra. *Coisa de menino, de adolescente*. Ouviu o relato de um amigo que estivera

recentemente em Rondônia e, por impulso, *cismou em ir embora*, deixando mulher, filhos pequenos, emprego em que havia sido contratado há apenas um mês.

Foi morar sozinho, com a intenção de recomeçar a vida e *largar tudo pra trás*. No entanto, *a consciência pesou* e decidiu ir buscá-los. Pretendia mudar de vida, deixar a bebida, mas não conseguia. Repetia, no novo estado, os mesmos problemas. *Trouxe a bebida nas costas, como um fardo*. Mesmo com esses problemas, o *exagero* com as bebidas, as farras e as mulheres, surpreende-se pelo fato da sua mulher nunca ter se *conformado, cutucando-o* para mudar.

Estudou e conseguiu ser aprovado em um concurso público, conquistando estabilidade financeira. No novo emprego, no qual permanecia até o final da pesquisa, foi facilmente *assediado* para participar de esquemas de corrupção. *Tinha tudo pra isso, porque era um sujeito que bebia muito, não tinha controle. Isso abriu uma brecha*.

A mulher o apoiava, cutucava e, mesmo sabendo *dos seus casos* extraconjugais, não se manifestava para repreendê-lo nesses aspectos. Se houvesse alguma manifestação, Walker irritava-se, deixava a família e ia morar num hotel. Nesse processo, separaram-se incontáveis vezes e, em cada uma delas, depois de aproximadamente um mês, voltava para casa e prometia *não mais beber*. Foi assim até poucos meses antes de saber da soropositividade, em junho de 1999. Depois desse acontecimento, a vida conjugal deles, pelo menos no aspecto das separações constantes, estabilizou-se e assim permaneceu até 2004, quando, já doente de aids, desesperado para tentar *preencher as suas* faltas, resolveu abandonar a família novamente.

Estava morando sozinho em seu sítio, porém *repensou o fato* e concluiu que *a força de um homem sozinho é diferente de um homem casado*. Entenda-se *diferente*, como sinônimo de sentir-se mais frágil para resistir à força das compulsões. Assim, decidia voltar para casa pensando na própria fragilidade e não por outra razão menos egocêntrica, como estar preocupado com a família e com os cuidados ao filho recém-adotado.

Além das questões “abusado-abusador” e “abandonado-abandonador”, deve ser destaque também outro circuito de repetições e reedições em sua vida: a exposição ao risco. Além das atitudes movidas pela compulsão, já relatadas, há outros comportamentos dentro desse mesmo campo, como o de dirigir alcoolizado, não sabendo como chegava em casa; todos eles denotando um flerte com o perigo ou mesmo com a morte.

Um exemplo dessa dinâmica de flerte com o perigo apareceu no último ano da pesquisa, quando decidiu suspender a medicação, queixando-se pelo fato de ter que levar os remédios para *tudo que é lugar* e que, talvez, eles possam ser prejudiciais. Avalia como um risco controlado, pois se cuida, faz os exames com regularidade e se acaso houver alguma alteração, *correrá* para o SAE. De fato, é um risco do qual ele pode ter algum controle, diferente dos outros anteriormente mencionados. É possível que alguma alteração nos níveis de células de defesa ou da carga viral, assim como manifestações patológicas decorrentes à aids, possam ser revertidas. Mas não deixam de ser riscos!

Não deixam de ser riscos porque, se for necessário, pode não se adaptar a outros remédios ou, caso apareça alguma doença, talvez não possa ser revertida. Isso acontecendo, estaria se efetivando um temor seu de que *uma consequência de suas inconseqüências* seja por demais *desastrosas* a ponto de ele não conseguir *arcar* com ela, isto é, enfrentá-la. Um fato que Walker diz temer, mas não cogita tal acontecimento quando se trata da aids. Não relaciona a suspensão do uso dos remédios como um tipo de risco, uma inconseqüência que pode trazer consequências desastrosas.

- **Aids: perdas e ganhos**

Olha, eu não vejo o HIV como um problema pra mim

O discurso de Walker, quando falava da aids, seguia um roteiro no qual tentava mostrar o quanto essa doença seria de pouca monta em sua vida. Sempre procurava mostrar como *leva uma vida normal, sem ficar com paranóia* devido ao fato de ser HIV-positivo. Por outro lado, tentava admitir que existem restrições e elas precisam ser consideradas. *Querendo ou não há certas limitações, mas digo o seguinte: “De toda situação a gente tem que tirar o melhor.”* Ou seja, extrair o melhor da vida a partir da aids.

Tirar o melhor, na sua avaliação, foi o fato da aids, em primeiro lugar, ter permitido melhorar a sua relação com Valéria. *Zerar tudo, começar do zero outra vez*. Esquecerem o que aconteceu e tentarem reconstruir uma nova vida. *Tirar o melhor*, para ele, foi também a oportunidade de arranjar forças para superar a dependência do álcool e adotar condutas mais regradas, longe de *farras e noitadas*.

Parei de fumar também e aconteceram várias coisas que foram muito boas. Diria que melhorou minha qualidade de vida, o meu relacionamento com a família, com a esposa e com os filhos. Passei a ser mais presente em casa. Tirei coisas boas disso tudo. Em vez de ser uma coisa ruim, foi uma coisa boa.

Ressaltava que esse seu sentimento não era de negação da aids, uma atitude que ele diz ter tido tão logo soube da soropositividade. Naquele momento, falava que sua atitude era de ter uma vida *normal*, preocupar-se o mínimo com o HIV, exceto quanto aos cuidados necessários. *Parece que quero negar a condição de portador. Mas não é! A aids não me deixou mais triste e sim mais consciente.*

Mas há um problema. Uma grande perda, uma limitação trazida e imposta pela aids: o seu sintoma social, os estigmas. *O meu maior problema com isso são as pessoas saberem.* Associa esse seu temor a uma situação presenciada num ônibus quando uma pessoa teve um ataque epiléptico e os passageiros se afastaram. *Eu agarrei a pessoa pra ela não se bater. Todo mundo correu. Eu sabia que era epilepsia e sabia que não pegava.* O seu raciocínio é patente: as pessoas têm medo do que não entendem e, se há o medo, afastam-se.

Preocupado em se proteger e proteger a família (*O cara não diz: “O pai de fulano é HIV-positivo.” Ele diz: “O pai de fulano é aidético”*), Walker restringiu ao máximo o número de pessoas que sabem da soropositividade, como já mencionei. Foi convidado para participar de um grupo de apoio a doentes de aids, mas se recusou argumentando que não tinha nada em comum com eles, à exceção do vírus. Incomodava-se pelo fato do grupo ter muitas pessoas “*de baixo nível*”, que falavam *grosserias, palavrões*. *Acho que é porque eu bebia e quando bebia era grosseiro. Era esse tipo de pessoa e odeio isso.*

“Supondo que aparecesse um grupo de pessoas que se afinasse com você...” – pergunto-lhe.

Sim, sim, entendi, entendi. Sei onde você quer chegar. Entendi onde você quer chegar. É... Um dos problemas maiores foi isso. Quer dizer, essa incompatibilidade. Outro problema foi que, eu me envolvendo com o grupo, ficava mais fácil de ser, como é que se diz, de ficar, de aparecer, das pessoas saberem. Há uma possibilidade maior de ser descoberto me envolvendo com o grupo. Quero manter isso o quanto puder em segredo. Não sei até quando vou conseguir manter isso em segredo. A minha preocupação é que, quanto mais as pessoas demorarem pra saber, é o tempo que os meus filhos vão... [estala os dedos, procurando a palavra]

Juliano: Crescendo?

Walker: É, crescendo. Eles já terão uma noção para poderem saber, se defenderem melhor.

Com essa preocupação, a ponto de perceber imediatamente a sutileza da minha pergunta, Walker apresenta suas justificativas pelos cuidados tomados para não descobrirem que ele é HIV-positivo.

A única coisa que me incomoda em relação a tudo isso, o meu receio, é que venham descobrir, principalmente pessoas do meu meio [colegas, amigos, parentes]. E esse é um dos problemas do SAE, porque, de vez em quando topo com um conhecido. “O quê você está fazendo aqui?” “Vim ver alguém. Pegar remédio pra fulano.” Saio com essa. Meu medo é mais pelo preconceito, da forma como vão achar... Como vão olhar pra gente, tá entendendo? Isso é nojento. Mas, infelizmente, isso existe. O meu medo é só esse. É de as pessoas de perto de mim saibam e tenham esse tipo de reação, entendeu? Só isso!

Walker não tem histórico de internação por causa da aids, mas, como todos os outros doentes, precisava ir até o SAE, todos os meses, para pegar os remédios. Quando suspendeu o uso da medicação, suas idas àquele órgão ficaram mais espaçadas, indo até aquele órgão apenas de três em três meses. Assim, tinha mais um “ganho” desistindo de tomar os remédios, pois estaria menos sujeito a uma situação que o constrangia, reforçando o desinteresse pela adesão plena aos esquemas de tratamento.

Justificava seu temor de que se tornasse pública sua soropositividade, porque isso significaria ser *olhado com desprezo* por outras pessoas. *Isso que me abala. Ser olhado com desprezo, que eu sou menos capaz.* Falando sobre essas questões, lembrou das intrigas com um antigo colega de trabalho, *que tinha uma brincadeira de dizer que nordestino é sub-raça.* Isso o deixava abalado, irritado. Sua defesa era recorrer ao deboche.

Eu levava, mas também dava. Dizia que esse pessoal do sul é “viado” (sic). Tá entendendo? [risos] Ficava naquela, naquele jogo com ele. Depois eu disse: “Olha, só pra tu ter uma idéia, nós estamos no mesmo trabalho, de igual pra igual. Então, não venha com esse negócio de que nordestino é sub-raça, não.” Então, é isso. Quando me menosprezam, me deixam chateado, meio abalado.

O recurso ao chiste, diante do constrangimento ou qualquer outro sentimento de *menosvalia*, aparecia constantemente em sua vida, como uma defesa que amenizava a dor das feridas emocionais, originadas por situações que o fazem se sentir *menos capaz*, inferiorizado. A aids é um exemplo disso, pois, se por um lado, tenta levar uma *vida normal*, sem que a doença seja *um peso*, não consegue ficar incólume aos estigmas, ao sentimento de vergonha por “*ser HIV*”. A esquivia é a piada. Antes que debochem dele, ou melhor, de doentes de aids, ele se antecipa.

Costumo brincar muito. Até mesmo do HIV faço piada para os outros. Por exemplo, tem uma piada que adoro contar. [risos] É uma piada absurda. Diz que um HIV estava atrás de um fiofozinho. O bichinho saiu correndo e se disfarçou em um

passarinho. Aí o HIV chegou, olhou e disse: “Você viu um fiofozinho passar por aqui?” Olhou assim e disse: “Você é um passarinho mesmo? Dá uma andadinha e canta.” O passarinho deu uma andadinha e na hora de cantar fez um pum. [risos] Tá entendendo? Eu já faço piada antes.

Mesmo não sendo pública sua soropositividade, sabe que está sujeito a escutar piadas, pilhérias ou algum comentário jocoso a respeito de “*aidéticos*”, assim como acontece com homossexuais ou algum outro grupo também estigmatizado. Para não se sentir humilhado, recorre às piadas, uma atitude muito freqüente em alguém autodenominado como *debochado*, colocando-se, assim, de fora do “problema”. A lógica, mesmo ingênua, é: quem faz piada de um fato, não sofre com ele. *Eu já faço a piada antes.*

Assim, Walker vai conduzindo sua vida, com os ganhos e a perdas trazidas pela aids. Com a doença, descobriu limitações, mas aprendeu que poderia viver melhor com elas, *melhor que antes. Como uma criança descobrindo o mundo, descobri um outro lado da vida que até então não conhecia.* Acredita que sua busca por novos horizontes garantiu que sobrevivesse e que tivesse uma vida saudável, mesmo não tomando remédios.

Estou aprendendo a identificar os personagens que eu acredito que todo mundo tenha dentro de si. Acredito que tenho uma pluralidade de pessoas, de personalidades que se manifestam em determinadas situações. Estou num processo de observação interna, aprendendo a identificar esses personagens. Antes deles se manifestarem, estou procurando me adiantar a manifestação de alguns desses personagens em determinadas situações, mas nem sempre isso é possível. Estou procurando esse conhecimento.

Esse movimento de observação interna permitiu que se aproximasse de uma religião, mesmo sendo *avesso*. Com a ayahuasca, descobriu uma forma de melhor se conhecer (*Não sei se o chá mostra o que a gente quer ver*) e para poder descarregar a *tensão do corpo*. *Ele [o chá] deixa a gente num estado bem leve.* Com isso, acredita, passou a *encarar* a vida de uma maneira mais próxima à realidade e a ser menos *fujão* frente aos problemas.

Como exemplo da sua mudança de conduta em relação à vida, conta a história de um amigo da família, morto em decorrência da aids recentemente. A esposa ficou *mexida*, impressionada com a situação em que o doente se encontrava antes de falecer. Conversou com ela e disse que era melhor não se preocupar, *porque o que mata é o comando que a pessoa dá ao cérebro*. Nesse momento, virou-se pra mim e disse: *Resolvi não morrer de aids. Não dou importância, apesar de ter cuidado. Não dou importância de ficar assim: “Ó meu Deus, coitadinho de mim, vou morrer!” De jeito nenhum.*

Ressaltou, mais uma vez, que os seus exames eram sempre *normais* e acredita que o *fator primordial* para ter conseguido isso é “o *psicológico*”. *Dou maior ênfase nesse lado*. Entendia que ao se cuidar, não se expondo ao risco de ser acometido por uma malária ou uma gripe, por exemplo, o ajudava a não *dar espaço para a aids*. Mas, seria no *lado psicológico* que se cuidaria mais. Disse que não iria viver se culpando, martirizando-se ou sentindo pesar por si próprio. *Eu procuro viver o mais normal possível. É claro, tenho que estar evitando que as pessoas descubram* – repetia. Em seguida, voltava a falar que a doença trazia mais pontos positivos do que os negativos para a sua vida, e, por isso, não tinha deixado *se abater*.

Ficava feliz em fazer parte de uma pesquisa *importante*, principalmente por ela tratar de algo com que ele *convive* e tem *afinidade*. Disse essa última palavra rindo, novamente debochando de si mesmo, para acrescentar que, no tempo da pesquisa, pôde fazer um curso superior e começar uma pós-graduação. *Minha vida melhorou um tanto*.

Assim, encerrou sua fala, antes de eu agradecer sua colaboração.

Claro que ainda tem muita coisa pra ser arrumada. Mas, como eu vinha dizendo, eu levei uma vida desajustada, então estou num processo de ajustamento. Estou procurando me ajustar. Ainda meto os pés pelas mãos, ainda faço um tanto de besteiras, mas, no geral, minha vida melhorou muito. Acredito que se eu não tivesse descoberto isso, não sei como estaria. Porque eu estava caminhando num processo acelerado de autodestruição.

PARTE III:

O suporte teórico na Psicanálise

PRESSUPOSTOS

*“Tudo o que de mim se perde
acrescenta-se ao que sou.
Contudo, me desconheço
Pelas minhas cercanias
passeio –
não me frequento. (...)
E o imaginar-me sonhado
não me completa: a ganância
de ser-me inteiro prossegue:
e paio – calado pânico –
entre o sonho e sonhador.”*
Thiago de Mello³⁶

Este trabalho recorre à Psicanálise como instrumental para a leitura de aspectos subjetivos envolvidos na luta contra uma doença grave, crônica e transmissível – a aids - cujo foco são as estratégias adotadas pelos doentes, perante a dor e o desprazer gerados pelos mais diversos “sintomas” dessa patologia. *Sintomas* de vulnerabilidade, medo do aniquilamento, exclusão social e de luto por perdas irreparáveis. Através do método psicanalítico, buscou-se capturar manifestações do inconsciente, fora do ambiente da clínica, que se articulassem aos objetivos desse estudo.

Partindo dessa problematização, fiz uso dos relatos esboçados nos últimos capítulos, tentando levantar questões singulares da vida de cada um dos sujeitos da pesquisa, pois, embora tenham vivências em comum, devido às vicissitudes da aids e seu tratamento, a maneira como se portam diante desses obstáculos são de uma ordem particular, idiossincrática. Fazendo uso das palavras de Jurandir Freire Costa,³⁷ é como se as dores vivenciadas trouxessem “em si, uma visão de mundo”, caso possam ser externalizadas por meio de palavras. Dessa forma, a proposição deste trabalho é exatamente tentar apreender essa visão de mundo, influenciada (ou não) por uma experiência tão peculiar, que é ser doente de aids e estar afetado no escudo natural que ajuda a nos mantermos vivos, diante da eterna batalha pela sobrevivência travada entre os “organismos” desse mundo.

A leitura dessa experiência de perdas e lutas diante de um “inimigo” invisível - como se fosse um “fantasma” – teve como ferramenta o referencial psicanalítico freudiano, a partir

³⁶ In: *Poemas preferidos pelo autor e seus leitores*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002, p. 41-2.

³⁷ Jurandir Freire Costa. *Razões públicas, emoções privadas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 105.

do qual foi feito um entrelaçamento de questões, levantadas nos depoimentos dos entrevistados, focando as vivências singulares e a visão que cada um tem de si e do mundo. Dessa vivência/visão colhida nos seus discursos, foi feito um aporte - ou pelo menos uma aproximação - com alguns conceitos psicanalíticos, os quais funcionaram como “chaves de leitura” para o tratamento do objeto de investigação.

No decorrer desse estudo pude chegar a um material muito rico, com informações relevantes a respeito da vida intrapsíquica dos entrevistados, como podemos acompanhar na parte dos “Relatos”. Desse material, optei por destacar as estratégias psíquicas utilizadas pelos doentes, na tentativa de reparar a ferida na alma causada pelas manifestações orgânicas e “sociais” do vírus, cujos sintomas - e suas cicatrizes - podem permanecer para sempre.

Para poder dar sustentação à análise e discussão dessas estratégias de “reparação” utilizadas pelos doentes de aids, diante da inexorabilidade da doença, parti de alguns pressupostos psicanalíticos. O primeiro desses pressupostos é o de que as ações humanas são, acima de tudo, *narcísicas* e, em razão disso, o objetivo de qualquer investimento, no seu sentido psicanalítico, é sempre o seu retorno para o *eu* - ama-se para ser amado. Entenda-se por “narcísico” não apenas a psique circunscrita em volta de si própria, como se o sujeito se “autobastasse”, que seria a marca do narcisismo primário cunhado por Freud em 1914.³⁸ O narcisismo de que falo é o que Freud denominou de *narcisismo secundário*, o qual seria um efeito daquele momento tenro da ontogenia humana, que deixou impressões irretorquíveis em cada pessoa e que desencadeou uma busca incessante por investimentos libidinais, no próprio *eu*, como se tentasse, a cada momento, retornar àquele estado de completude, numa eterna nostalgia de algo ilusório, como a saudade de algo nunca experienciado, de um tempo nunca vivido, como nos esclarece Freud: “O desenvolvimento do eu consiste em um processo de afastamento do narcisismo primário e produz um intenso anseio em recuperá-lo.”³⁹

Em função dessa ilusão, os investimentos para fora do *eu* (os objetos e as idealizações) nada mais seriam que uma outra forma de buscar a si mesmo; uma busca de si através do outro, qualquer outro que porte a marca do humano, conforme tentarei demonstrar no *capítulo*

³⁸ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. 1914, v. 14. [Obs.: as referências às obras de Freud ocorrerão a partir das obras completas da “Amarrotu Editores”. Tanto a tradução dessa citação, como as demais, são de minha responsabilidade. Contudo, confrontei algumas obras que possuem tradução para a língua portuguesa direto do alemão. Entre elas: “À guisa de introdução ao narcisismo” (tradução: Hanns et al., 2004), “Luto e melancolia” (tradução: Carone, 1992) e “A cisão do eu no processo de defesa” (tradução: Souza, 1995).].

³⁹ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 96.

a seguir: “*O eu: um narciso eterno*”. Freud, inclusive, apontava exemplos para resquícios no cotidiano do nosso narcisismo, como o encantamento com as crianças e com os grandes animais carnívoros, em função de eles pouco se importarem conosco, assim como há, também, a admiração por humoristas e alguns criminosos que sabem proteger o *eu* de qualquer ameaça à própria estima. “É como se os invejássemos por manterem um bem-aventurado estado de espírito – uma posição libidinal inatacável que nós abandonamos.”⁴⁰

O segundo pressuposto é o de que as doenças causam fortes feridas nesse narcisismo secundário, como também mostrou Freud no mesmo artigo, em 1914. As doenças, sobretudo as orgânicas, implicariam numa necessidade de o *eu* fazer investimentos em si próprio como uma forma de reparar as perdas - as feridas causadas pela doença. Em outras palavras, as coisas do mundo deixariam de interessar ao doente, desde que não se relacionem com o seu sofrimento. Citando Freud: “... enquanto estiver sofrendo, deixa de amar.”⁴¹

No caso da aids, esse sofrimento seria muito grande, pois a imagem de si é inevitavelmente transformada e, sobretudo, machucada. A aids deixa o sujeito vulnerável e põe em xeque a fantasia de ser imune aos efeitos do tempo e à morte, pois, padecendo dessa doença, a ilusão de auto-suficiência e de imortalidade é intermitentemente confrontada por uma ameaça real. Pior ainda: é uma ameaça que está “dentro” do doente, não havendo para onde ele fugir, podendo sofrer com a discriminação social (leia-se: desamor) e a necessidade de que seja assumida uma vida dupla para não ser discriminado, isto é, para não ser rejeitado, não deixar de ser amado.

O terceiro pressuposto, que funciona também como uma hipótese de trabalho, diz respeito exatamente à necessidade de se tentar reparar a ferida narcísica provocada pela doença. Tal processo de reparação funcionaria como uma elaboração de um luto, tal qual descreve Freud em “Luto e melancolia”,⁴² no qual o *eu* precisa aceitar a realidade da perda para poder ficar livre novamente e fazer novos investimentos.

Tratando-se da aids, os doentes vivem um tipo de luto decorrente da perda de “parte de si”. Uma ferida narcísica multiplicada e eternizada como consequência da “amputação” de vários aspectos da vida bastante valorizados, como o bem-estar da própria saúde e as questões

⁴⁰ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 86.

⁴¹ Ibid., p. 79

⁴² Id., *Duelo y melancolía*. 1917, v. 14.

amorosas e sexuais. Em outras palavras, a aids cria restrições ao prazer e torna o doente mais vulnerável à morte, podendo levá-lo à perda da sua auto-estima e empurrá-lo para um trabalho de luto imperecível.

Com base nessas pressuposições elegi os conceitos de “eu” e de “narcisismo” como pontos de entrelaçamento para discutir as vivências dos doentes de aids. A partir deles, farei uma articulação com a idéia do trabalho do luto como uma tentativa do *eu* se recompor, reerguer-se diante dos contratempos trazidos pela doença e, assim, quiçá, poder retomar ou redimensionar os modos de relacionamento com o mundo, isto é, os modos de investimento libidinal, antes do golpe narcísico desferido pela notícia da soropositividade. Dessa forma, os capítulos seguintes tratarão de cada um dos pressupostos ora apresentados, começando pela questão do *eu-narcísico*, para, em seguida, discutir a ferida narcísica provocada pela aids e, por fim, o luto indelével que o doente é obrigado a enfrentar.

O EU: UM NARCISO ETERNO

“A pobreza do eu
A opulência do mundo
A opulência do eu
A pobreza do mundo
A pobreza de tudo
A opulência de tudo
A incerteza de tudo
Na certeza de nada.”

Carlos Drummond de Andrade⁴³

O objetivo deste trabalho é verificar quais as estratégias psíquicas utilizadas por pessoas doentes de aids, de forma que possam manter ou recuperar a sua integridade egóica. Ou seja, parte-se do pressuposto de que é preciso um grau mínimo de investimento libidinal no *eu*,⁴⁴ para que este se sustente e possa cumprir com suas funções. Dessa forma, creio ser importante destacar inicialmente o papel que o *eu* e a libido têm dentro do arcabouço psicanalítico freudiano.

A noção do *eu* nos escritos freudianos aparece desde as primeiras obras denominadas psicanalíticas. Destaco a discussão de Freud a respeito do conflito psíquico, no ano de 1895, em “Estudos sobre a Histeria”, no qual coloca o seu ponto de vista divergente do de Pierre Janet a respeito do que este último denominava de “ineficiência psíquica” do *eu*, como sendo a causa da histeria.⁴⁵ Freud contrapõe essas idéias por intermédio do caso da Senhora Emmy von. N., dizendo que não há, na histeria, nenhuma ineficiência do *eu*, incapacitando-o às atividades do dia-a-dia, pois isto não era o observado naquela paciente. Freud, com tais idéias, já atribuíam algumas funções ao *eu* como a de oferecer o teste de realidade e a de comandar as ações volitivas do corpo.

⁴³ C. Drummond de Andrade. *Corpo*. Rio de Janeiro: Record, 1986, p. 107. (*Balanço*)

⁴⁴ A expressão “*das Ich*” será traduzida como *eu* e não “ego”, como habitualmente é feito no Brasil. Sobre essa questão, Paulo César de Souza, no livro “As palavras de Freud” (1999), diz o seguinte: “Na revisão do *Vocabulário de Psicanálise*, o psicanalista Luís Carlos Menezes admitiu as opções *Eu*, *Isso* e *Super-eu*, por constatar que eram utilizadas aqui e ali. Isso talvez represente uma brecha numa suposta unanimidade. Sem dúvida, *Eu* é o mais facilmente aceito, enquanto *Isso* e, principalmente, *Super-eu* são sentidos como estranhos. (...) Os pronomes latinos efetivamente contribuem para atenuar a carga afetiva dos conceitos (*Eu* nos atinge mais do que *ego*, que parece algo exterior a nós), mas razões históricas e culturais levaram à sua difusão.” (p. 94). Além do termo *eu* para *das Ich*, utilizarei também *supereu* para *Überich*. Entretanto, optei por usar *id*, ao invés de “*Isso*” (*das Es*), pois entendo que este pronome é muito usado na língua portuguesa, podendo gerar alguma confusão.

⁴⁵ Joseph Breuer; Sigmund Freud. *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 2, 1895, p. 121.

Nessa mesma obra, escrita com Joseph Breuer, na parte denominada “Psicoterapia da histeria”, Freud refere-se à organização patogênica como um “infiltrado” no *eu*. E acrescenta:

Nesse símile, deve-se supor que há uma resistência ao infiltrado. E a terapia também não é capaz de extirpar isso (...) mas [pode] fazer com que a resistência se dissolva e assim permitia que a circulação prosseguisse para uma região que até então estava bloqueada.”⁴⁶

Tal afirmação, na leitura de Monzani⁴⁷, indica que Freud já possuía uma concepção de que o *eu* é também inconsciente, mesmo que isso viesse a ser objeto de discussão somente anos mais tarde, principalmente em 1923, por intermédio da obra “O eu e o id”. Para esse autor, o conceito de ego [*eu*] é um dos mais ambíguos entre todos aqueles deixados por Freud para a Psicanálise. Um exemplo disso estaria, numa primeira fase do seu percurso, nas duas famosas obras de 1895 – “Estudos sobre a histeria” e “Projeto para uma psicologia científica”. Na primeira, haveria uma dificuldade para Freud em estabelecer uma fronteira entre o *eu* e a consciência. Na segunda, ocorreria exatamente o contrário, pois ali o *eu* é visto “como uma massa organizada de neurônios (...) uma instância que não se confunde nem com a pessoa nem com o aparelho psíquico e não tem relação especial com a consciência. Ele é essencialmente um agente executivo de produzir certos efeitos no fluxo e distribuição de energia”⁴⁸

A segunda fase do desenvolvimento da noção de *eu* por Freud, ainda segundo Monzani, aparece em 1900, com “A interpretação dos sonhos”. Nesta obra, mesmo com a introdução da teoria topográfica, o *eu* continuaria a ser descrito de uma forma ambígua, pois ele aparece sem ser tematizado explicitamente. Persistiria sua relação com a origem dos mecanismos de defesa e como um pólo de oposição ao prazer, mas sua relação com a consciência é estreitada. A grande mudança na concepção do *eu*, não deixando de apresentar a ambigüidade de que fala Monzani, começa a ocorrer a partir do conceito de *narcisismo*, em 1914. Nesta obra, o *eu* ganharia o *status* de conceito crucial para a psicanálise.

... o ego [*eu*], dessa época em diante, é conceituado como um dos objetos de possível fixação da libido do sujeito. Ele pode ser um objeto de amor. (...) ... o ego [*eu*] surge como uma unidade frente à diversidade pulsional, que até então

⁴⁶ J. Breuer; S. Freud. *Estudios sobre la histeria*. p. 296.

⁴⁷ Luiz Roberto Monzani. *Freud. O movimento de um pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 242.

funcionou de maneira anárquica e dispersa – ele aparece, assim, tal como o objeto exterior, como possível de ser objeto da sexualidade.⁴⁹

O conceito de narcisismo, concordando com as palavras de Birman,⁵⁰ faz com que a primeira teoria freudiana das pulsões comece a ser subvertida, porque o *eu* passou a ser visto como objeto de investimento libidinal. O *eu*, a partir de então, assumia também o lugar de objeto e deixava de ser uma instância deslibidinizada, cuja função era de ser agente do recalque e o opositor das pulsões sexuais. A concepção de um *eu* sexualizado – ou melhor – libidinizado, resolvia alguns problemas teóricos que Freud enfrentava a partir das idéias dos ex-discípulos Jung e Adler, e de outros médicos, como Kraepelin e Bleuler, que também disputavam com ele as descobertas dos segredos da mente. O problema estava na questão da inclusão de patologias como a demência precoce (esquizofrenia) na teoria da libido, concepção esta com a qual seus opositores não concordavam e os fatos, até então, pareciam estar a favor deles, pois havia dados relevantes de que o *eu* poderia ser agente de um trauma psíquico, principalmente nas psicoses não-esquizofrênicas.

Ao introduzir o conceito de narcisismo, Freud deixava claro que um *eu* frágil poderia facilmente ser tomado pelas pulsões sexuais e ser levado a um estado de parafrenia, cujas características são a “megalomania” e o desinteresse pelas “pessoas e coisas”⁵¹. Dessa forma, acrescenta Jurandir Freire Costa, não era Freud que “precisava de Bleuler para entender o valor do Ego na vida psicopatológica. Bleuler é que precisava da psicanálise para compreender por que o Ego enlouquecia, arrastando o sujeito para a psicose.”⁵² Outro ponto importante a este respeito, presente no famoso artigo de 1914, foi o fato de Freud dar continuidade ao postulado de que o narcisismo é uma etapa normal do desenvolvimento humano, conforme ele já havia mencionado na análise das memórias de Schreber, em 1911.⁵³ Naquele momento, ele descrevia o narcisismo⁵⁴ como um estágio

⁴⁹ L. R. Monzani. *Freud. O movimento de um pensamento*. p. 245.

⁵⁰ Joel Birman. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1991.

⁵¹ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. 1914, v. 14, p. 72.

⁵² Jurandir Freire Costa. Narcisismo em tempos sombrios. In: Heloísa Rodrigues Fernandes (org.). *Tempo do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1989, p. 111.

⁵³ S. Freud. *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente* 1911, v. 12.

⁵⁴ O termo narcisismo aparece na literatura científica, no final do século XIX em trabalhos escritos separadamente por Alfred Binet, Havelock Ellis e Paul Näcke, como sendo sinônimo de um comportamento pervertido, mais precisamente um fetiche, cuja característica descrita era de que a pessoa se tomava como objeto sexual (Cf. Elisabeth Roudinesco e Michel Plon. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998).

do desenvolvimento da libido compreendido entre o auto-erotismo e a capacidade do *eu* fazer investimentos libidinais em direção aos objetos.

Embora Freud tenha adotado esse termo narcisismo, ele mesmo alerta - no princípio de sua obra de 1914 - que o fenômeno é muito mais extenso e está além dos campos da doença psíquica, sendo próprio do desenvolvimento normal de qualquer ser humano, acrescentando: “... em certa medida, pressupomos estar presente em todos os seres vivos.”⁵⁵

A teoria da libido ganhou, assim, novas “armas” a partir desses pressupostos, pois o olhar sobre o desenvolvimento humano tornou-se atrelado às mudanças de alvo dos impulsos libidinais. Enquanto em “Três ensaios da teoria da sexualidade” (1905) podia-se visualizar a ontogênese com base no direcionamento das pulsões sexuais à genitalidade, com o conceito de narcisismo, ficou evidente que o papel da libido é bem mais precoce do que parecia. Ou seja, as *águas da libido fertilizariam terras psíquicas* - ou *causariam estragos* – em tempos bem mais remotos.

Essa nova ótica sobre a teoria da libido trouxe, inicialmente, alguns problemas para Freud, pois, até então, as pulsões eram descritas dentro de uma lógica simples de oposição; de um lado estavam as pulsões sexuais (a libido) e, de outro, as pulsões de autoconservação (o *eu*). A idéia de um *eu* libidinizado colocava a teoria em contradição. As soluções buscadas por Freud para resolver esses impasses o levaram às reviravoltas metapsicológicas que atravessaram a Psicanálise, entre 1914 e 1923. Primeiramente, ele precisava resolver o problema do *eu* que, ao mesmo tempo, era a fonte da libido e seu objeto de investimento. Ou o *eu* não era objeto da libido ou a libido viria de outro lugar. Além disso, era necessário esclarecer como, simultaneamente, esse mesmo *eu* provocava e sofria a ação do recalque.⁵⁶

Em 1915, com o artigo metapsicológico “As pulsões e o destino da pulsão”, Freud faz uma síntese dos conhecimentos até então adquiridos pela Psicanálise a respeito da teoria das pulsões, apesar dos impasses que estavam se configurando. Em 1920, com o livro “Mais além do princípio do prazer”, Freud resolvia o problema do *eu* libidinizado em

⁵⁵ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 72.

⁵⁶ J. Freire Costa. *Narcisismo em tempos sombrios*. 1989.

relação às pulsões de autoconservação e às pulsões sexuais, com o desmembramento das pulsões em “pulsões de vida” e “pulsões de morte”.

As pulsões de vida reuniriam as forças a favor dos desejos de estabelecimento de vínculos e das atividades humanas construtivas. A libido, desde então, tornou-se o nome da energia que congrega essas pulsões, promovendo, assim, a união dos vazios que há entre os sexos, algo muito próximo ao que descreve Platão, em “O banquete”, a respeito dos andróginos, transformados em humanos pelos raios de Zeus.⁵⁷ A libido é, portanto, um outro nome para o amor dentro da psicanálise. Ela é a “fome de amor”, como já metaforizava Freud, em 1905, no primeiro parágrafo de “Três ensaios da teoria da sexualidade”.

A energia correspondente às pulsões de morte é relativa ao *princípio de desunião* e não possui um nome próprio. É uma força inversa à libido, pois age *disjuntivamente* no universo anímico e engloba as forças agressivas e de destrutibilidade, como bem descreve Garcia-Roza na citação a seguir:

... enquanto a energia das pulsões de vida seria a *libido*, a energia da pulsão de morte seria a *destrutividade*. (...) *Pulsão de morte* e *pulsão sexual* podem ser concebidas como *modos* da pulsão se presentificar no psiquismo. (...) A diferença, portanto, será entre os modos de presentificação das pulsões e não entre as pulsões elas próprias. Sendo assim, os termos “sexual” ou “de morte” não designariam propriedades das pulsões, mas modos das pulsões se presentificarem no psiquismo.⁵⁸

Faltava a Freud elucidar qual é a fonte da libido, pois o *eu*, como ele mesmo afirma no artigo “Introdução ao narcisismo”, precisa ser desenvolvido, isto é, não nasce pronto e a libido teria um papel fundamental nesse processo. Nesse caso, a pergunta é inevitável: de onde vem a libido?

Essa resposta aparece em 1923, em “O eu e o id”, quando propõe que o nascimento psíquico não deve ser olhado como coincidente com o nascimento biológico. Ou seja, quando este acontece, o *eu* ainda precisa ser formado. A constituição psíquica do ser humano, nesse momento, poderia ser descrita como se fosse um “caldeirão cheio de

⁵⁷ Platão. *O banquete* [ou, Do amor]. 8ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1999.

⁵⁸ Luiz Alfredo Garcia-Roza. Pulsão Parénklisis ou Clinamem. In: Arthur Hyppolito de Moura. *As pulsões*. São Paulo: Escuta, 1995, p. 77 e 78.

agitação fervilhante”.⁵⁹ Tal metáfora, talvez a melhor utilizada por Freud para definir os fenômenos mentais de um corpo ainda não inscrito na rede simbólica, diz respeito ao que ele denominou de id (*das Es*⁶⁰), que seria a singular estrutura psíquica humana dos primórdios da ontogênese, modificada pelo contato com o mundo externo e, em função disso, constituindo-se no que vem a ser o *eu*. Acrescenta Freud:

Chamamos de id a mais antiga instância psíquica: ela contém tudo o que é herdado, tudo o que se traz no momento do nascimento, que está estabelecido constitucionalmente; em especial, as pulsões que se originam da organização corporal e que aqui [no id] encontram sua primeira expressão psíquica, cujas formas nos são desconhecidas...⁶¹

O id, como bem desenvolve Assoun,⁶² não deve ser confundido com o corpo. Ele seria a força pulsional que “desemboca” do corpo ao psiquismo. Seguindo o que Freud propôs, em 1915, em “As pulsões e o destino da pulsão”, seria o meio termo entre o campo somático e o campo psíquico, sendo a força propulsora para todo o tipo de trabalho imposto pelo organismo. Haveria, contudo, um período de transição, gerando o “eu-id”, conforme Freud denominou, em 1938, em “Esboço de Psicanálise”. Essa ‘semicisão’ entre o *eu* e o id corresponderia ao momento de completude a que ele se refere ao controvertido conceito do narcisismo primário, sobre o qual me deterei melhor em outro momento. Superada esta fase de semicisão, possivelmente motivada pela “cobrança” do mundo externo e pela força da libido que se atrai para o objeto, temos a constituição do *eu*, que será o reservatório (ou depositário) dessa libido, cuja fonte é o id, onde se inclui também a inominada energia das pulsões de morte.⁶³ Dessa forma, o *eu* nasce do id, ou melhor, é o id modificado - “comparável à camada cortical que circunda uma pequena massa de substância viva”,⁶⁴ cuja função primeira é ser um *escudo protetor*, uma vez que o id e suas pulsões desconhecem os perigos e as dores da vida.

Essa separação entre o id e o *eu* corresponde à primeira grande ruptura no desenvolvimento humano, pois marca o início de uma era - a aquisição de uma noção de

⁵⁹ S. Freud. *La descomposición de la personalidad psíquica* (31ª Conferencia). 1932, v. 22, p. 68.

⁶⁰ Pronome impessoal alemão que no linguajar freudiano ganhou o *status* de substantivo, tal qual o *eu* (*das Ich*) e o Inconsciente (*das Unbewusste*), entre outros. (Cf. Luiz Alberto Hanns. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 261-9).

⁶¹ S. Freud. *Esquema del psicoanálisis*. 1938, v. 23, p. 143.

⁶² Paul-Laurent Assoun. *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 185.

⁶³ S. Freud. *El yo y el ello*. 1923; e S. Freud. *Esquema del psicoanálisis*. 1938.

⁶⁴ Id. *La descomposición de la personalidad psíquica* (31ª Conferencia). p. 70.

sujeito e alteridade. Com ela, ocorre a saída do quadro de onipotência do “eu-id” para o momento em que a alma humana passa a experienciar a falta, o vazio. O ser humano, a partir desse ponto, passa a viver o paradoxo de ser cobrado pela realidade externa, para que se afaste da onipotência do narcisismo primário, mas, ao mesmo tempo, almeja o retorno para esse estado primordial, no qual não existem as faltas, as dores e os sofrimentos inevitáveis da realidade.⁶⁵

O processo de constituição do *eu* ocorre graças ao movimento de alternância entre “presenças” e “ausências” do outro, ou melhor dizendo, pelas satisfações e frustrações ofertadas por esse outro importante, mormente chamado de “mãe”. Neste intercambiamento, entre cuidados oferecidos e “descuidos” que frustram, exercidos pelo ser ocupante da função materna principalmente, que estaria a possibilidade de o sujeito aprender a discriminar o que é o ‘eu’ e o que é o ‘não-eu’, pois o corpo que até então se espelhava e se confundia com esse outro, como se fossem um só, passa a adquirir a noção de *quem é ele* e o *que não é ele*.

Ganha-se, portanto, a noção do *eu* a partir desse corte significativo no psiquismo, decorrente das faltas (ausências) intermitentes nas relações e isso gera um grande vazio e, ao mesmo tempo, um referencial de realidade para o sujeito. Isso quer dizer que a noção do *eu* ocorre a partir de uma fragmentação, pois ao fragmentar, perde-se o referencial de todo para se tornar mais um *pedaço* entre outros, ganhando, assim, a noção de alteridade dentro de um campo intersubjetivo. O *eu* é o *primeiro ‘não’ à onipotência do outro*, pois ele se impõe como uma unidade relativamente autônoma, frente ao mundo externo. Dessa forma, adquire-se a capacidade de discriminar o tempo e o espaço. Em outras palavras: “... o sujeito separa-se do outro sujeito (...) assim como separa o dentro do fora e o antes, o agora e o depois.”⁶⁶

Uma importante mudança a partir desse momento, isto é, uma consequência do surgimento do *eu*, é que a libido, até então investida de forma indiferenciada, começa a ter outros destinos fora do aparato psíquico do sujeito. Além do *eu*, a libido também se dirigirá para os objetos e os ideais desse *eu*.⁶⁷

⁶⁵ André Green. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

⁶⁶ J. Freire Costa. *Narcisismo em tempos sombrios*. p. 125.

⁶⁷ *Ibid.*, p.116.

A partir desse breve panorama conceitual, chego ao pressuposto básico que sustenta este trabalho. Tal pressuposto é o de que a libido tem como alvo principal sempre o *eu*, mesmo quando investida em direção aos objetos e aos ideais. Trata-se do narcisismo secundário. “Para Freud, o narcisismo secundário não designa apenas certos estados extremos de regressão; é também uma estrutura permanente do sujeito.”⁶⁸

Em outras palavras: o principal objeto libidinal é o próprio *eu*, mesmo havendo diferenças de um sujeito para o outro. Contudo, é exatamente essa a variância que marca as peculiaridades de cada um. Assim, embora cada sujeito invista sua energia libidinal de forma singular, em todos, ela sempre voltará para o lugar de onde partiu: o próprio *eu*. Por isso, proponho que se imagine a vida como um grande mercado financeiro, no qual a moeda corrente é a libido. Como todo investidor, o *eu* espera que os seus investimentos retornem positivamente multiplicados. Assim são os *amores*, por exemplo. Egoístas, sempre buscam um retorno favorável para si. Mesmo *disfarçados* em altruísmo ou numa dedicação exclusiva e incondicional ao outro, ele continua a ser autodirigido. Quem ama espera ser amado, como se dissesse: “Eu *invisto* em você, logo você deve *investir* em mim também!”

Dentro dessa lógica dos investimentos e da eterna busca de retorno, ficaríamos com todas as nossas *moedas* e mais aquelas que conseguíssemos arrecadar (ou arrancar) do mundo. Assim, retornaríamos inebriados ao tempo nostálgico e quimérico do narcisismo primário, ao lugar “... do desejo de bastar-se, de ser inteiro e possuir-se por dentro (...) um estado jamais havido que o sujeito renunciou para se humanizar...”⁶⁹

O movimento de saída do narcisismo primário, um estado sem faltas e privações, deve ser pensado como uma consequência da pressão da libido, que infla o *id* e se transborda para os vazios do *eu* em formação. Tais vazios são os buracos ou rachaduras provocados pelo “peso do mundo” sobre o aparelho psíquico. Freud, numa belíssima passagem de “Introdução ao narcisismo”, discute tal questão, para a qual diz se “atrever” a dar uma resposta relativa ao enigma de nosso abandono do narcisismo primário:

Deste ponto podemos nos atrever a abordar outro problema: Por qual razão a vida anímica ultrapassa os limites do narcisismo e liga {*setzen*} a libido aos

⁶⁸ Jean Laplanche; Jean-Bertrand Pontalis. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 290.

⁶⁹ F. Herrmann. *Clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 32.

objetos. A resposta decorrente de nossa linha de raciocínio, mais uma vez seria a de que essa necessidade surge quando os investimentos {*besetzung*} do eu com a libido tenha excedido uma certa medida. Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, porém, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a adoecer se, em consequência da frustração, não conseguirmos amar.⁷⁰

Essa transformação, isto é, a saída do mundo do narcisismo primário para o mundo dos conflitos e das faltas da vida cotidiana, tem no *outro* um importante suporte nesse processo. O outro é um espelho e oferece um retorno - renova e recicla a libido. Caso contrário, se essa troca não ocorrer, isto é, se *formos impedidos de amar*, como diz Freud, a libido sufocará o *eu*, e este se fechará em si, como uma estrela decadente que, depois de muito inchar, a sua própria força gravitacional volta para si e a transforma num *buraco negro*, de onde nenhuma luz consegue escapar e só podemos observá-lo pelos estragos que provoca à sua volta.

Superado o narcisismo primário, pode-se dizer que surge a capacidade de reconhecer o outro e de poder exercer o amor objetal. E, tal qual uma estrela “saudável”, adquire-se o poder de manter astros – ou melhor, pessoas - em órbita, as quais poderão *aquecê-las, iluminá-las* ou mesmo “queimá-las”. E, assim, se estará *assujeitado* à dança da vida e a receber de volta esses mesmos investimentos.

Amar e aprender as artimanhas para ser amado são imperativos para ser “saudável” – ser feliz. Quando se ama alguém (algo) ou um ideal, espera-se um retorno: ser “contemplado”, “reconhecido”, “lembrado”, enfim, amado por ter feito aquela escolha, ter-se dedicado a tal causa etc. Ser amado, ainda segundo Freud, no artigo de 1914, aproxima-se exatamente da posição narcísica, pois o *eu* se *engrandece* quando recebe o amor, acontecendo o inverso quando se ama. Amando, o *eu* se esvazia; sendo amado, o *reservatório* é novamente preenchido. Portanto, é no amor que narcisismo e egoísmo se encontram.

Isso significa que, nos amores mais insuspeitos e mais exaltados como a prova da bondade e doação humana, podemos encontrar resquícios de um *egoísmo forte*. Exemplos radicais podem ser dados, como ideal religioso e o amor pátrio-maternal. Nos dois casos, o narcisismo primário se faz presente. O fiel, por exemplo, em suas renúncias e devoções, espera a graça divina de uma vida eterna e sem sofrimentos, que nada mais é do que o

⁷⁰ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 82.

reflexo da nostalgia de um tempo e de um lugar jamais vivenciados – a ilusão da *autobastância*, como bem define Herrmann,⁷¹ citado anteriormente.

No segundo caso, o amor pátrio-maternal, também encontramos reflexos de um forte narcisismo, como podemos observar no desejo dos genitores em ver sua prole realizar aquilo que não conseguiram, compensando, assim, as frustrações e as renúncias que a vida civilizada lhes impôs. Em função disso, e por ser tão importante para os objetivos desse trabalho, peço licença para reproduzir palavras que já foram citadas incontáveis vezes:

Ao repararmos a atitude afetuosa dos pais para com os filhos, discerniremos que ela é uma revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo, há muito abandonado. (...) Assim, eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as classes de perfeições ao filho — o que uma observação desapassionada não permitiria - e tendem a ocultar e esquecer todas as deficiências dele... (...) O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido, o qual, transformado em amor objetual, inequivocamente revela sua antiga natureza.⁷²

O amor aos filhos e a devoção religiosa são exemplos de um processo psíquico pelo qual o objeto de interesse é valorizado à perfeição, isto é, são idealizados. O fenômeno das idealizações foi bastante discutido por Freud, no artigo sobre o narcisismo e no livro “Psicologia das massas e análise do eu”, tornando-se, posteriormente, um conceito importante para a Psicanálise.

As primeiras idealizações seriam voltadas exatamente para os primeiros objetos de amor, ou seja, o próprio *eu* e a mulher que amamentou e cuidou do recém-nascido.⁷³ No que se refere à idealização do próprio *eu*, ela ocorre a partir da primeira diferenciação que esta estrutura psíquica sofre tão logo se desmembra do id. Todo o sentimento de onipotência e de intocabilidade, vivida no narcisismo primário pelo *eu*, é deslocado para o seu ideal e este sentimento persiste pela vida afora, passando a ser o modelo de perfeição para o *eu* e também o seu referencial de felicidade. O *eu* quer se transformar em seu próprio ideal.

A idealização do outro, por sua vez, é fruto da relação com a pessoa que cuida do sujeito nas suas primeiras vivências, cuja função principal é de acalotá-lo e, sobretudo, amamentá-lo. Essa figura, que o alimentou e lhe dispensou cuidados transforma-se no

⁷¹ F. Herrmann. *Clínica psicanalítica*. p. 32.

⁷² S. Freud *Introducción del narcisismo*. p. 87-8.

⁷³ *Ibid.*, p. 85.

primeiro objeto externo para o investimento da libido e o primeiro ideal fora do *eu*. Ou seja: será o primeiro amor para todo *eu* que conseguiu prosperar e romper o estado narcísico. Será também o protótipo para todos os demais amores que sobrevirão.

A partir do contato com esse primeiro objeto de amor que alimenta e protege, mas também frustra, deixando de atender às necessidades da criança que quer manter-se eternamente vinculada e nunca se satisfaz, almejando permanecer no mundo sem privações e frustrações do narcisismo primário, nasce o desejo, a vontade de querer sempre mais, de ir além do que o outro pode oferecer. Nasce a insatisfação e a voracidade. Amar passa a ser o desejo de devorar, apropriar-se e apoderar-se do objeto amado no intuito de fazê-lo seu, isto é, incorporado ao *eu*. Tal *incorporação* pode ser feita no real, na carne investida libidinalmente, como descreveu Freud, em 1913, sobre os rituais antropofágicos dos “primitivos” de “Totem e Tabu” – também observado entre alguns grupos indígenas brasileiros; ou, como o que ocorre com “devoração” metafórica feita pelos fãs de personagens do mundo dos espetáculos, pelos fiéis religiosos (a hóstia católica, por exemplo) ou entre os apaixonados e suas metáforas “alimentícias”.

A idealização é o engrandecimento do outro a partir das necessidades do *eu*. Projeta-se sobre o objeto as próprias carências e se espera dele um *retorno* que possa cicatrizar as feridas narcísicas. Dessa forma, o objeto é *modificado* para que se “encaixe” nas suas necessidades. Quando isto ocorre, pode-se dizer que o outro tomou o lugar do *eu-ideal*, tornando-se o novo *ideal do eu*.⁷⁴ Do ponto de vista do amadurecimento psíquico, essa mudança significa uma evolução, pois se está rompendo os limites do *eu* e fazendo a libido circular por outros campos. A satisfação narcísica que, até então, era limitada ao próprio *eu*, passa a ser buscada fora, além do *eu*, nos ideais. O *ideal do eu*, entretanto, também é um herdeiro do narcisismo primário, tal qual o *eu-ideal*, uma vez que um dos seus objetivos é o resgate da perfeição do *eu* e a auto-suficiência.

Os primeiros ideais costumam ser aqueles que ocupam os lugares materno e paterno. A criança que, de um lado é o alvo das projeções narcísicas dos seus pais, do outro

⁷⁴ Aparentemente, nos escritos de Freud não há diferenciação entre os conceitos de *ideal do eu* e *eu-ideal*. Psicanalistas pós-freudianos, principalmente comentadores de suas obras, procuram diferenciar um do outro. Jean Laplanche e Jean-Bertrand Pontalis, no *Vocabulário de Psicanálise*, resumem afirmando que o *eu-ideal* seria forjado pelo narcisismo infantil e seu objetivo seria a reconquista da onipotência narcísica (1992, p. 139). O *ideal do eu* seria o produto da identificação com os pais e seus substitutos. (ibid., p. 222). Esta é a proposta adotada neste trabalho.

é ela que os coloca no lugar do seu ideal. Arriscaria dizer que os filhos são depositários do *eu-ideal* dos pais, assim como os pais são o *ideal do eu* dos seus filhos. Ou seja: por meio dos filhos os pais têm a ilusão de reconquistar a perfeição imaginária do narcisismo primário. Como disse Freud: a criança deverá “concretizar os sonhos e os desejos não realizados pelos pais.”⁷⁵ A devoção a ‘Sua Majestade o Bebê’ nada mais seria do que uma devoção a si próprio, investida no filho e, por outro lado, os pais e seus substitutos (líderes, ideais coletivos) representam modelos identificatórios para os filhos.

Em 1921, em “Psicologia das massas e a análise do eu”, Freud afirmou que o *ideal do eu* é uma instância em que se desenvolve no *eu*, mas, posteriormente, isola-se e o confronta. Com o tempo, ele passaria a impor exigências às quais o *eu* nem sempre consegue corresponder. Acrescenta que isso pode ser algo positivo para o psiquismo, pois o *ideal do eu* pode funcionar como uma alternativa quando o *eu* não encontra satisfação em si próprio. Dessa forma, o *ideal do eu* é sempre um vir-a-ser. Ele aponta para o futuro do sujeito, para os sonhos e para a esperança de um novo amanhecer, como se dissesse: “Dias melhores virão!” Na leitura de Jurandir Freire Costa, o *ideal do eu* representa o *provável* e não o *certo*, o sujeito enquanto sujeito da *falta* e não como uma *totalidade*:- “... é um sujeito futuro; um sujeito que ainda não é e que só existe enquanto promessa...”⁷⁶

Esse sujeito faltoso, incompleto e insatisfeito é, na realidade, a constituição esperada de uma pessoa que pode se adaptar ao mundo e que tenha ambições para tentar transformá-lo. Ou seja, tentar fazê-lo seu, à sua *imagem e semelhança*, mesmo com ideais inatingíveis. A falta é o motor para essas conquistas, enquanto os mecanismos usados para atingi-las (ou fugir delas) revelam *quem é esse eu*. As faltas e seus destinos desvelam não só *quem é esse eu*, mas também o *quê* ele é e o *quê ele é capaz* de fazer - sua estrutura, seu funcionamento e seus potenciais. Os ideais, dentro dessa lógica, falam do *eu* tal qual uma chave nos diz como é o buraco da fechadura – ou vice-versa.

Os ideais oferecem o molde do *eu*, constroem o seu *estilo*, moldando-lhe uma marca a partir de um “estilete psíquico”. Em outras palavras, promovem o recorte que cada *eu* faz do mundo e determinam o seu “jeito de ser”, isto é, o seu jeito de perceber, registrar, recordar, atuar e nomear os fenômenos da vida.

⁷⁵ S. Freud. *Introducción del narcisismo*, p. 88.

⁷⁶ J. Freire Costa. *Narcisismo em tempos sombrios*, p. 120-1.

O importante nesta concepção da gênese e definição do Ego [eu] narcísico é que esta formação surge ao mesmo tempo em que o ideal. Ambos são herdeiros do ‘narcisismo infantil’ dos pais e ambos são encarregados de representar o sujeito diante de outros sujeitos, ou, se se quiser, de outros egos e outros ideais do Ego.⁷⁷

Sendo os pais os primeiros ideais, isto significa que o *ideal do eu* será construído pelo *balanceamento químico* entre o narcisismo das figuras paternas e o do próprio sujeito. De si próprio, virá o anseio pela auto-suficiência e pela onipotência; dos pais, virá uma espécie de testamento, traduzido em discursos – ditos ou não-ditos – que podem ser resumidos na seguinte frase: “Para eu te amar, você deve ser assim...” Este mandato passa a ser o referencial, seja para ser seguido (obedecido), ou para ser negado (recusado), pois, como em qualquer discurso, sempre existem ruídos e entrelinhas que, às vezes, revelam, às vezes, escondem, mas sempre pedem a realização de um desejo.

Obedecendo ou recusando, um filho está destinado a ser influenciado pelo ideal de seus pais, pois é dependente destes em todos os sentidos que essa palavra possa ter. Por isso, é inevitável a sujeição. Tal processo de identificação se funda primordialmente nas efervescências do complexo de Édipo e em todas as suas implicações. Na realidade, é nesse momento que os destinos dos ideais são definitivamente traçados. O *romance familiar* que corresponde ao complexo de Édipo tem como produto a internalização de regras sociais, mais precisamente interdições e senso de julgamento de valores sobre si e sobre os outros, que acabam por ajudar a compor o aparelho psíquico. Tal herança edípica, como sabemos, foi conceituada por Freud, a partir de 1923, em “O eu e o id”, com o nome de *supereu*. Esse conceito, inicialmente tratado como sinônimo do *ideal do eu*, foi sendo sutilmente qualificado como uma instância psíquica diferenciada. O *ideal do eu* se tornou, então, uma das funções do *supereu*, “... o veículo (...) pelo qual o eu se avalia, que o estimula e cuja exigência por uma perfeição cada vez mais vasta, ele se esforça para cumprir.”⁷⁸

Com o *supereu*, Freud completou a estrutura psíquica da segunda tópica e resolveu o problema instaurado no artigo “Introdução ao narcisismo”, no qual o *eu* aparecia como o agente da censura e, ao mesmo tempo, o objeto dessa interdição. Assim, a partir de “O eu e o id”, o *supereu* passou a ser descrito como a instância psíquica responsável por colocar

⁷⁷ J. Freire Costa. *Narcisismo em tempos sombrios*. p. 116.

⁷⁸ S. Freud. *La descomposición de la personalidad psíquica* (31ª Conferencia). p 60.

freios mais poderosos nas pulsões, contra as quais o *eu* pouco pode fazer. Sobre isso, escreve Freud:

A história da origem do supereu permite que compreendamos como os conflitos primitivos entre o eu e os investimentos objetivos do id podem ser continuados com aquele que é o herdeiro desse embate, o próprio supereu. Se o eu não alcançou êxito em dominar adequadamente o complexo de Édipo, a investimento energética do último, originando-se do id, mais uma vez irá atuar na formação reativa do ideal do eu (...) A luta que outrora travou nos estratos mais profundos da mente, e que não chegou ao fim devido à rápida sublimação e identificação, é agora continuada numa região mais alta... ⁷⁹

O surgimento do *supereu* significa a barreira final ao narcisismo infantil, pois ele significa a internalização de regras, ou seja, o outro é “incorporado” sob a forma de leis e interdições, normalmente percebidas em comportamentos que expressam culpa, medo, asco, vergonha ou pudor. Não é mais necessário o outro para dizer o que é proibido, pois a criança já aprendeu, já incorporou essa regra. A lei “dos pais” foi transformada numa “lei interna”, do tipo: “Isso eu não posso fazer/desejar, senão minha integridade poderá ser atacada.” No famoso artigo de 1925, intitulado “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, Freud destaca como o menino *abre mão* de seus desejos pela mãe, devido ao medo narcísico de perder o pênis. ⁸⁰

Fazendo essa escolha, o pequeno Édipo estará aprendendo várias lições imprescindíveis para a sua vida social. A primeira é a de que, para manter sua integridade *narcísico-corporal*, é preciso fazer opções e obedecer a regras. A segunda ensina-lhe que onipotência e vida social não combinam, por isso, é preciso haver renúncias. A terceira, mas não a última, mostra-lhe que tais renúncias podem lhe ser favoráveis, pois ele abre mão de um desejo e, em troca, lhe é permitido todos os outros, ou seja, ele aprende que ser “sócio da sociedade humana” nasce com o estabelecimento de um *pacto*.⁸¹

Após o complexo de Édipo ter sido dissolvido, o *ideal do eu* se torna uma alternativa para o *eu*, pois este deve administrar as exigências pulsionais de um *eu-ideal*

⁷⁹ S. Freud. *El yo y el ello*. p. 40.

⁸⁰ Freud faz essas mesmas considerações em duas outras obras (“*El sepultamiento del complejo de Edipo*”, 1924 e a “*Sobre la sexualidad femenina*”, 1931), apontando as diferenças entre o desenrolar do complexo de Édipo em meninos e meninas. No caso delas, o complexo de Édipo começa com a constatação da castração e em relação a eles é o medo da castração que os faz recalcar os desejos edípicos. Nas meninas, é a constatação de uma ferida narcísica; neles, é o medo que essa ferida possa acontecer.

⁸¹ Hélio Pellegrino. Pacto edípico e pacto social. In: Luiz Alberto Py (org.). *Grupo sobre grupo*. Rio de Janeiro, Rocco, 1987.

narcísico e onipotente. Assim, o *eu* sempre estará faltoso para essas instâncias psíquicas, que lhe cobram intermitentemente, enquanto a presença de um ideal funciona como uma luz no fim do túnel, uma esperança de ser forte e maleável o suficiente para atender tantas demandas. Dessa forma, quanto menos dissociado o *eu* estiver do *id* e do *supereu*, mais forte ele será e maior será sua capacidade de agregar e promover o intercâmbio entre as forças que constituem o sujeito. Esse é o objetivo primordial - sua natureza, como disse Freud: restaurar e reconciliar.

O *eu* é uma organização, baseia-se na manutenção do livre intercâmbio e da possibilidade de influência recíproca entre todos os seus componentes; sua energia dessexualizada revela sua origem e sua aspiração à ligação e à unificação, e esta compulsão à síntese aumenta à medida que se ele se desenvolve mais vigoroso.⁸²

Esse movimento do *eu* de se agregar, de poder recuperar uma unidade perdida, segue sempre na direção de fundir-se aos seus ideais, ou seja, tornar-se o seu próprio ideal. Dessa forma, os ideais funcionam como matrizes para as estratégias do *eu* frente às agruras e às incertezas do mundo. Nos ideais do *eu* subjazem as bases para os comportamentos sublimatórios ou de fuga, diante dos obstáculos da vida e da eterna ameaça da morte. Comportamentos cujos fins são sempre narcísicos, pois visam a amenizar o desamparo, manter a integridade do *eu* e sustentar ilusões de que se possa resgatar a auto-suficiência e a sensação de que a morte pode ser vencida, tal qual seria o mundo imaginário do narcisismo primário. Na realidade, o narcisismo primário ecoaria nesse desejo de retorno a um tempo sem dor e desprazer que, embora seja uma ilusão, ou uma “nostalgia de algo que nunca existiu nem se poderá concretizar”,⁸³ permanece com afincado dentro da alma humana.

As ações humanas estariam, dessa forma, marcadas por esse sentimento de saudade de uma experiência nunca vivenciada; pelo menos, não vivenciada pelo *eu*. Com isso, o *eu* viveria um eterno *luto* - um *luto primordial* - tentando resgatar a ilusão desse tempo perdido.⁸⁴ As experiências de dor e desprazer, inerentes à vida cotidiana, corresponderiam a momentos em que a necessidade de resgate ou de retorno àquela época

⁸² S. Freud. *Inhibición, síntoma y angustia*. 1926, v. 20, p. 94.

⁸³ F. Herrmann. *Introdução à Teoria dos Campos*. p. 130.

⁸⁴ Id. *Andaimes do real. Livro primeiro...* p. 232-243, pas. .

se fazem mais fortes, funcionando inversamente aos momentos de amor e felicidade, quando o sujeito investe sua libido para fora, para o objeto.

O *eu* defensivamente, diante do sofrimento, recolheria a libido para um estado narcísico, assim como faz no sono. Essa retirada da libido dos objetos em direção ao *eu* - o narcisismo secundário - teria uma função reparadora quando não se trata de psicoses. Um exemplo disso, além do sono já mencionado, seria a atitude de recolhimento libidinal nas doenças orgânicas, entre as quais se inclui a aids, cujas peculiaridades, entrelaçadas a essas questões, tratarei no próximo tópico.

AIDS: UMA FERIDA NARCÍSICA

“Estando doente devo pensar o contrário
Do que penso quando estou são
(Senão não estaria doente),
Devo sentir o contrário do que sinto
quando sou eu na saúde.
Devo ser todo doente – idéias e tudo.”
Fernando Pessoa ⁸⁵

No capítulo anterior, discuti a concepção de que o ser humano precisa de um grau mínimo de investimento narcísico para se sustentar, ou seja, uma parte da libido deve ser investida no *eu* para que possa agir e reagir diante das dores e das delícias da vida. Como consequência disso, as ações de cada pessoa estariam fadadas a girar em torno do seu próprio *eu*, mesmo quando são *travestidas* em comportamentos altruísticos ou em ideais coletivos. O narcisismo seria um *cimento* que sustenta a integridade do *eu*. Usando as palavras de André Green: o narcisismo é o “cimento que mantém a unidade constituída do Eu...”⁸⁶

Dentro desse raciocínio, diria que existe um *quantum* de libido mínima – embora de caráter indeterminável - que precisa ser investida no próprio *eu* para ele manter o sujeito ativo, integrado em suas funções vitais. Em outras palavras: só há vida enquanto há libido circundante no *eu*. Essa energia teria um papel reparador quando essa integridade é fracionada por algum tipo de ameaça, externa (agruras do mundo) ou interna (desfusão pulsional).

Neste trabalho, pretendo discutir o impacto dessas ameaças, em especial as ameaças externas, como as doenças, sobre a integridade psíquica do sujeito. Parto do pressuposto de que o “recolhimento libidinal” em doentes orgânicos é uma forma de reparação da ferida causada pela doença, a qual contraporia a ilusão de integridade plena e ao desejo de autobastância inerente a todos nós. Um reflexo do narcisismo primário. Esse *refluxo da libido* seria uma forma de defesa contra o mal que se alojou sobre o organismo. O doente deixou de investir parte considerável de sua libido objetal, retendo-a no seu próprio *eu* –

⁸⁵ F. Pessoa. *Seleção poética*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro, 1971, p. 148.

⁸⁶ A. Green. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p. 11.

como numa intensificação do narcisismo – e usando essa energia para poder lutar contra a patologia e suas conseqüências.

Esse fenômeno é bastante próximo ao que descreve Freud em “Introdução ao narcisismo”, baseando-se numa sugestão dada por Sándor Ferenczi: “É do conhecimento de todos – e nos parece uma coisa trivial - que uma pessoa atormentada pela dor orgânica e por sensações penosas, deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento.”⁸⁷ Esse *recolhimento* libidinal do doente seria equivalente ao que o *eu* faz constantemente por intermédio do sono e do seu efeito reparador. No caso do doente, esse recolhimento é uma defesa pela qual o aparelho psíquico se protege de gastos desnecessários de energia e, assim, pode usá-la a favor do seu restabelecimento. Em função disso, Freud dizia que o enfermo “enquanto estiver sofrendo, deixará de amar.”⁸⁸ Helenita, quando descobriu a doença não tinha forças para cuidar da casa, não *ligava* para o filho: *Eu vivia na cama, em depressão* - relembra nas entrevistas.

O *deixar de amar* de que fala Freud não exclui a necessidade de ser amado, pois este é o sentimento que faz o enfermo sentir-se protegido e que pode *acalentá-lo* diante da situação de desamparo instalado pela doença. Oferece algum amparo diante da sensação de estar impotente para se socorrer. Por isso, precisa do amor, do apoio do outro, como uma forma de compensação por aquilo que a doença lhe tirou. O amor do outro é o amparo frente à situação de desamparo instalada pela doença.

Tenho meu amor, tenho minha família. Embora, a saúde esteja mais pra lá, do que pra cá. Eu acho a família fundamental no contexto de HIV. O aconchego e o amor da família são muito importantes, porque a solidão magoa. (Ágata)

Se todo mundo me abandonasse, acredito que já teria partido dessa há muito tempo. Ficar sozinho, não ter amigos, ninguém mais gostar de você, não se aproximasse. A seqüência seria a depressão e acredito que a depressão leva ao óbito rapidamente. (Ivo)

Com os doentes de aids, esses fenômenos ganham matizes e peculiaridades que precisam ser consideradas a partir de um outro olhar. Em *primeiro* lugar, a aids é uma doença crônica e incurável, por isso significa que o doente não pode se “recolher” e “ignorar” o mundo por um período tão longo, assim como é impossível que o outro lhe

⁸⁷ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. 1914, v. 14, p. 79.

⁸⁸ Id., loc.cit. .

dispense total atenção nesse mesmo tempo. A *segunda* peculiaridade, que diferencia a aids de muitas outras doenças, diz respeito a suas formas de contágio e aos estigmas em torno dela, pois trata de uma patologia infecto-contagiosa e incurável, causando resistências e repulsas. A aids é também uma daquelas doenças percebidas como auto-evitáveis e, por isso, muitos de seus doentes estão menos propensos à condescendência popular. Igualmente com o que ocorre com a obesidade excessiva e com a drogadicção, ela costuma ser percebida como um mal que poderia ter sido evitado e, assim, suas vítimas são menos acalentadas que as pessoas com câncer ou que herdaram doenças ou deficiências genéticas de seus ascendentes, por exemplo.

A aids, a obesidade e o uso de drogas são fenômenos que ultrajam a norma de uma sociedade narcisista, que valoriza o corpo perfeito e “saudável”. As pessoas que pertencem a esses grupos são percebidas, muitas vezes, como relapsas, por não terem tomado os devidos cuidados, ou por se comportarem à margem da norma em vigor. Com isso, ferem os olhares de quem idealiza uma sociedade formada por belos, saudáveis e *incólumes à morte*, ao fracasso ou o “desajuste”.⁸⁹

Considerando esses fatos, creio ser possível articular essas questões com o impacto da aids sobre a vida das pessoas infectadas pelo HIV, isto é, como a integridade egóica dessas pessoas pode ser afetada pela doença e quais são as estratégias psíquicas utilizadas para se soerguer diante de uma dor e de uma frustração que, *a priori*, parecem não ter fim.

Além disso, o sentimento destacado nas falas dos entrevistados é o da perda da dignidade, como se a aids fizesse deles “pessoas menores”, “deficitárias”, “menos dignas”. Expressam um sentimento que chamaria de rebaixamento do amor-próprio, que em termos mais populares se denominaria baixa auto-estima.* Arrisco dizer que um dos trabalhos

⁸⁹ Joel Birman. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: Maria Andréa Loyola (org.) *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994; e Jean Claude Bernadet, Maria Rita Kehl e Jurandir Freire Costa. *Colóquio sobre aids*. In: *Cadernos de subjetividade*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica (PUC), v. 5, n 31, p. 184-204, 1997.

* Os termos auto-estima e amor-próprio têm sido ultimamente associados a práticas profissionais, dentro da área da Psicologia, vistas de forma pejorativa, por serem exatamente conseqüências de um discurso social que ignora a dor, o sofrimento e o desprazer como vivências inevitáveis e inerentes à condição humana. Desse modo, por intermédio do que se denomina “auto-ajuda”, recorrem a soluções artificiais e menosprezam a possibilidade de autonomia do sujeito. No entanto, acredito ser possível resgatar a importância desses termos no campo de estudos voltados às ações e aos sentimentos humanos.

psíquicos do doente de aids é tentar reparar ou recuperar a perda desse amor; é tentar sobrepujar ou superar o sentimento de menosvalia em relação a si próprio.

Acho que o fator primordial nisso tudo é o psicológico. Não dou importância de ficar assim: “Ó meu Deus, coitadinho de mim, vou morrer! De jeito nenhum.” (Walker)

E a minha cabeça... Eu procuro estar bem, os meus pensamentos ser os mais sadios possíveis. Tenho uma vida boa! (Ágata)

Eu procurava um eu dentro de mim, que me dizia que não era eu. Procurava uma auto-estima. (Ivo)

A auto-estima, embora não compareça no arcabouço psicanalítico como um conceito, é mencionada por Freud em pelo menos dois trabalhos de interesse para essa pesquisa, nos quais utiliza expressões bastante aproximadas do nosso uso coloquial.⁹⁰ Destaco, inicialmente, o artigo “Luto e melancolia”, de 1917, no qual esses dois fenômenos psíquicos são correlacionados, mas cuja diferença, de um para o outro, deve-se, segundo Freud, ao fato de a perturbação da auto-estima não aparecer em momentos de luto.⁹¹

No artigo sobre o narcisismo, há um interesse maior por esse fenômeno que chamaríamos de auto-estima. Na terceira parte daquele trabalho, podemos verificar uma tentativa de elucidar a auto-estima de neuróticos e normais, como o próprio Freud afirma, para em seguida acrescentar:

A auto-estima {*selbstgefühl*} nos aparece, em primeiro lugar, como a grandeza do eu... (...) Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência, que suas experiências tenham corroborado, ajuda a aumentar a sua auto-estima. (...) Se aplicarmos nossa diferenciação entre pulsões sexuais e pulsões do eu, teremos que admitir que a auto-estima depende intimamente da libido narcisista.⁹²

⁹⁰ Freud, em “Luto e Melancolia” e “Introdução ao narcisismo”, usa o termo *selbstgefühl*, cuja tradução para língua portuguesa (cf. *Dicionário Português-Alemão*. Lisboa, Porto Editora, s/d.; Leonardo Tochtrop. *Dicionário alemão-português*. 5ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Globo, 1987) é apontado como “consciência de dignidade própria”. Na edição da Amarrortu Argentina, fonte de referência para esta pesquisa, tal termo aparece como “*sentimiento de sí*”. Entendo que, em nossa língua, tal expressão não corresponde àquilo que Freud se refere nessas obras e, por isso, optei pelo termo “auto-estima”, da mesma forma que aparece na Edição *Standard* Brasileira, publicada pela Editora Imago, na tradução para a Língua Portuguesa de “Luto e Melancolia” feita por Marilene Carone (1992), publicada na revista “Novos estudos”. Luiz Alberto Hanns (e outros) em relação a esse termo, comentam: “*Selbstgefühl* (...) refere-se ao grau de estima que o sujeito tem por si, mais precisamente, à valoração que faz de si, enfim, à auto-estima que expressa como o sujeito se sente a respeito de si.” (2004, p. 130).

⁹¹ S. Freud. *Duelo y melancolía*. 1917, v. 14, p. 242.

⁹² Id., *Introducción del narcisismo*. p. 94-5.

Tal libido narcísica seria um reflexo, um derivado do narcisismo primário e este, portanto, seria a fonte primordial da auto-estima. Ao longo do desenvolvimento humano e com as mudanças de direcionamento da libido, o narcisismo e a auto-estima se manifestariam por outros meios, como nos sugere Freud: “Uma parte da auto-estima é primária - o resíduo do narcisismo infantil; outra parte provém da onipotência corroborada pela experiência (a realização do ideal do eu), enquanto uma terceira parte origina-se da satisfação da libido objetal.”⁹³

Com base nisso, o HIV e a aids incitam o pensar sobre as inúmeras reações que a pessoa soropositiva pode manifestar, pois, dificilmente, alguém ficaria incólume ou indiferente aos discursos e às atitudes que a colocam como sendo a *personificação* de algo tão temido. Creio ser possível pensar nas conseqüências que a estigmatização ao fenômeno HIV/aids pode ter sobre a libido narcísica, *refletida* nas atitudes e nas condutas de uma pessoa. O primeiro desses “reflexos” seria sobre o amor-próprio e o papel que o *outro* exerce sobre tal sentimento. A aids, como outras doenças incuráveis, pode significar a concretização de uma das grandes fontes de angústia do homem, que é a certeza da caducidade do seu corpo e da inevitabilidade da morte.⁹⁴ A falência paulatina do organismo, que a aids pode impor, reforçaria sentimentos como o desespero diante da aproximação da morte e, mais, a sensação de impotência que lhe é conseqüente, tal qual ocorre com a velhice - e seu impacto sobre o organismo - e na relação da pessoa idosa com o seu meio. O mesmo horror que se tem à decrepitude do corpo é também direcionado à aids, como se essas pessoas se tornassem repentinamente *incapazes* e com o futuro condenado, ou melhor, *negado*.

Eu não consigo ver o futuro. (Ivo)

Cada ano que eu passo, cada dia das mães, meu aniversário, fico pensando assim: “Será que vai ser o último? Será que no ano que vem vou estar aqui no natal?” (Helenita)

Com a instalação da aids, uma pessoa pode também sentir a antecipação de algo que esperava apenas para um futuro bastante longínquo, ou que nem mesmo chegou a cogitar. A incerteza e a insegurança quanto ao *amanhã* podem se tornar obstáculos para as vivências do cotidiano. Ao se condenar o futuro, criam-se barreiras para os planos no

⁹³ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 97.

⁹⁴ Id., *El malestar en la cultura*. 1930, v. 21, p. 76.

presente e para a esperança de a pessoa ver seus desejos realizados. Entre tais desejos, existe aquele que é de se tornar uma pessoa melhor, corrigir defeitos e falhas do passado. A aids, assim como outras doenças incuráveis, que causam a decrepitude do corpo, são fenômenos que impõem ao sujeito uma espécie de “veredicto”, impossibilitando-o aos sonhos.

Não sabia o que fazer. Fiquei sabendo que era soropositivo e deixei correr, deixei o barco correr, cada ano pra mim era um ano de despedida, cada aniversário pra mim era como se fosse o último. Nunca sabia o que poderia acontecer daí pra frente. (Ivo)

Ao afetar os planos para o futuro, a aids acaba tocando o “lugar” onde é observada uma das maiores expressões narcísicas: a atitude de uma pessoa para com os seus filhos. Aqueles que não se tornaram pais, mas têm esse desejo, deparam-se com o risco real em gerar um filho HIV-positivo e com a incerteza de poder acompanhá-lo em seu desenvolvimento. Essa mesma incerteza é, também, uma fonte de preocupação dos que são pais, pois podem se perceber diante da possibilidade de não ver sua prole cumprir com as expectativas que lhes foram depositadas. Ou, como diria Freud, não conseguir satisfazer suas necessidades narcísicas “usufruindo” os filhos, pois a esses caberia a responsabilidade de “concretizar os sonhos e os desejos não realizados pelos pais jamais.”⁹⁵

Algumas vezes me pego pensando no fato de não poder gerar um filho. Não poder e não querer gerar um filho. Não tenho coragem de dar isso pra ninguém, principalmente para um filho. (Ágata)

Não vislumbrar o futuro ou a possibilidade de se perpetuar por meio de um fruto, é ver negado o direito do vir-a-ser, a realização do *ideal do eu*. A aids toca, assim, nos ideais do sujeito, que é também outra fonte de sustentação da auto-estima, pois se o momento atual está sombrio, há sempre a esperança no amanhecer de tempos ensolarados. Com a aids, no entanto, isso também pode ficar danificado.

Estando diante da iminência do aniquilamento, com o futuro posto em xeque e sendo obrigado a se esconder ou a esconder algo sobre si para se preservar, a tendência do sujeito é de se apegar aos ideais, assim como ocorre com as pessoas em guerras, sob intensa opressão ou diante da desestruturação da ordem social. Com base nisso, penso que é possível indagar quais seriam os ideais pelos quais o portador do HIV luta e como eles se relacionam com a sua auto-estima. Ressalta-se que a pessoa vivendo com HIV/aids,

⁹⁵ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. p. 88.

sofrendo pelos seus estigmas, vive numa espécie de “clandestinidade”. Ela é obrigada a esconder parte de si, a fingir até a sua própria dor, para não ser denunciada. Ou, como frisou uma jovem com HIV ao escrever sua autobiografia: “... mais difícil do que ter o vírus da AIDS era ter que fingir que não tinha.”⁹⁶

Num trabalho de Maria Auxiliadora Arantes⁹⁷ a respeito de clandestinos políticos, encontrei algum paralelo com a vida de doentes de aids ou soropositivos que optaram por não revelar publicamente sua contaminação. Tal trabalho descreve a experiência de pessoas que viveram na clandestinidade devido ao fato de terem se oposto à ditadura militar, instalada no Brasil, em 1964. Para se preservarem, essas pessoas eram obrigadas a se tornarem “outras”, com nome, profissão, residência, e até a maneira de se portarem socialmente bastante diferenciados da sua vida original. A autora desse trabalho relacionou essas vivências com aspectos do narcisismo. Percebeu que havia um rebaixamento na autoimagem desses clandestinos políticos, enquanto viviam no anonimato, mas que era compensado pelo sentimento de lutar por um ideal - por um país democrático e melhor.

Esta situação de ter que fingir aquilo que não se é coloca a pessoa portadora do HIV numa vida parecida com a dos clandestinos políticos que são obrigados a se esconder para não serem aniquilados por forças contra as quais estão incapazes de enfrentar diretamente. No caso do portador do HIV, pôr-se no anonimato significa uma estratégia para não ser *aniquilado* pelos estigmas que podem levá-los a uma *morte social*. Um exemplo marcante dessa experiência, para os entrevistados, está no fato de que todos se queixaram da possibilidade de serem identificados como doentes de aids quando precisam ir ao SAE.

Eu procuro viver o mais normal possível. É claro, tenho que estar evitando que as pessoas descubram. (Walker)

Cada dia que passa ir ao SAE, pra mim, é mais complicado. (Ágata)

A estigmatização, por sua vez, pode levar a pessoa soropositiva a um isolamento também de seus sentimentos. Susan Sontag⁹⁸ salienta que a aids, ao contrário de outras doenças, impõe às suas vítimas grandes obstáculos para poder compartilhar suas

⁹⁶ Valéria Pollizzi. *Depois daquela viagem*. São Paulo: Ed. Ática, 1998, p. 47.

⁹⁷ In: *Pacto-revelado. Psicanálise e clandestinidade política*. São Paulo: Escuta, 1999.

⁹⁸ In: *Aids and its metaphors*. New York: Farrar, Strauss and Giroux, 1988.

preocupações e para pedirem ajuda, pois há o receio de não haver compreensão por parte do interlocutor. Além disso, buscar apoio pode significar ter que revelar condutas e um estilo de vida mantidos em sigilo, como a orientação sexual, o uso de drogas ou a infidelidade conjugal. *Se tem um segredo. Fica o maior tormento se não for revelado. Vivi duas faces: uma o meu sentimento interno e a outra a vida que eu tinha.* (Ivo)

É de se esperar que as pessoas com o HIV, sentindo-se desprotegidas, “não-amadas”, rejeitadas pelo outro sob a forma de preconceito, possam apresentar comportamentos que indiquem uma depreciação do amor-próprio. Como apontou Freud, em 1914, ao relacionar o narcisismo com a auto-estima, existe uma proporcionalidade entre a quantidade de investimentos amorosos (libidinais) que o sujeito recebe e o seu sentimento de amor-próprio. Estar incapacitado para amar, ou não ser correspondido nos investimentos amorosos, levaria o sujeito a *menosvalia* de si próprio, como, por exemplo, aparece nessas palavras de Ivo: *Sentia muito mal, me sentia podre. Sentia que não tinha mais nada dentro de mim, como uma pessoa que está praticamente morta e que fede.* (Ivo)

Quais seriam, então, as estratégias psíquicas das pessoas vivendo com o HIV para lidar com a rejeição, mesmo que indireta, do outro?

Relacionando os contextos que envolvem o fenômeno HIV/aids com o repertório psicanalítico, em particular a teorização relativa ao papel do *eu* diante de um golpe narcísico, creio ser possível pensar que a pessoa soropositiva pode seguir alguns desses caminhos. Um deles seria adotar um movimento de luta contra o problema, seus estigmas e suas injustiças, buscando superá-los ou pelo menos amenizá-los. O outro caminho seria deixar de se envolver com questões do mundo externo, na medida em que não se relacionam com o seu sofrimento. Seria um recolhimento libidinal, como uma estratégia, para tentar se recompor diante da ferida narcísica provocada pela doença. Pergunta-se: O que faz alguém priorizar ou oscilar entre um caminho de luta ou um caminho de fuga? Quais são os ganhos ou as perdas envolvidas nessas “escolhas”?

AIDS: UM LUTO INDELÉVEL

*“Ó pedaço de mim, ó metade adorada de mim
Ó pedaço de mim, ó metade amputada de mim
Leva o que há de ti, que a saudade dói latejada
É assim como uma fígada no membro que já perdi
Lava os olhos meus, que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo a mortalha do amor, adeus!”*
Chico Buarque⁹⁹

Eu não quero levar comigo a mortalha do amor. Essa frase final da música “Pedaço de mim” é o que vive a maioria dos doentes de aids. Levar consigo a mortalha do amor pode ser relacionado à atitude daquele que não superou o luto e permanece no mundo entristecido de quem perdeu um objeto muito valioso. A mortalha é como um símbolo de que o objeto amado não foi *enterrado*, ou seja, permanece presente dentro do sobrevivente mesmo quando foi destruído. Faltando o objeto de amor, o mundo fica enegrecido e há um pedido pela própria economia psíquica para o *eu* se desligar dele. No entanto, o *eu* precisa aprender a conviver com a dor da perda e se empenhar num trabalho psicológico para simbolizar a falta desse objeto perdido.

A aids é um exemplo marcante de um tipo de perda, como podemos acompanhar nas histórias de Ágata, Helenita, Ivo e Walker. Ela exige um trabalho de luto incessante. Um luto por si mesmo.

O ponto característico do luto enfrentado pelo doente de aids é o fato de aquilo que lhe foi “arrancado” não se tratar de um objeto externo carregado de afeto. O *objeto* de amor perdido pelo doente de aids é o seu próprio *eu*, principalmente o que ele era antes da doença - o corpo sem a presença sinistra de um parasita mortífero. Estar com HIV - ou estar com aids - é ter perdido para sempre uma condição, um modo de existir ou de se posicionar perante a vida. Em outras palavras, a descoberta da soropositividade traz a constatação da época em que se era soronegativo, de quando o corpo e a alma não estavam feridos e vulneráveis, mais ainda, ao sofrimento e à morte. É, sobretudo, a morte de um pedaço adorado de si, para o qual é muito difícil dizer “adeus!”

⁹⁹ Chico Buarque. *Pedaço de mim*. Retirado de <http://www.chicobuarque.com.br/construcao/index> [acessado em 16/05/2005].

Assim como alguém que se recolhe após perder um objeto amado e faz um trabalho de luto para poder voltar a viver, o doente de aids também vive um luto e precisa dizer *adeus* para a metade arrancada; precisa substituir ou preencher o vazio dentro de si. Carece desapegar da *mortalha do amor* - do amor por aquilo que ele foi um dia sem a aids - dizer *adeus*. Feito isso, abre-se um espaço para uma nova vida.

Ter aids pode significar a necessidade de adotar mudanças na vida para se continuar vivendo, pois, do contrário - ignorando-a - o fim poderá ser inexoravelmente breve. Dessa forma, *a saudade*, como diz a música, *é o pior tormento, o pior castigo*. É lembrar do que se foi, da vida sem o estigma de “aidético”, de um tempo em que não precisava ir freqüentemente a médicos e fazer exames e, cotidianamente, estar sujeito a tomar remédios cujos efeitos podem ser devastadores. Estar com aids é, portanto, estar em luto, porém um luto que tem elementos suficientes para jamais ser encerrado – um luto imperecível e indelével. Um luto pela ausência do “eu de outrora” - *perdido* desde o momento em que se soube da soropositividade.

O luto, segundo Freud, é um convite para o sujeito abandonar um objeto de investimento libidinal que lhe fora arrancado. É “a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, ideal etc.”¹⁰⁰ Enlutar-se, portanto, é o destino inevitável de quem perdeu um amor. Com a perda, essa energia fica livre, busca o objeto para se ligar, mas o teste de realidade avisa que ele foi extinto - não existe mais. Essa constatação traz a dor da perda – “*a fígada do membro que já perdi*” - da música de Chico Buarque. O *membro* não está mais lá, onde deveria, mas dói como se estivesse. O perdidoso descobre que “não há falta na ausência”, como se lastimasse, usando as palavras do poeta, e dissesse: “Ausência é um estar em mim!”¹⁰¹

Se os objetos forem destruídos ou se nós os perdemos, nossa capacidade para o amor (a libido) será mais uma vez liberada. A libido poderá, então, tomar outros objetos como substitutos ou retornar temporariamente ao eu. Mas permanece um mistério: Por qual motivo o desligamento da libido de seus objetos deve constituir um processo tão doloroso? Até agora não fomos capazes de formular qualquer hipótese. Vemos apenas a libido se apegar a seus objetos e não renunciar àqueles que se perderam, mesmo quando um substituto está aguardando. Então, assim é o luto.¹⁰²

¹⁰⁰ S. Freud. *Duelo y melancolía*. 1917, v. 14. p. 241.

¹⁰¹ Do poema “Ausência”, de Carlos Drummond de Andrade. In: *Corpo*. Rio de Janeiro: Record, 1986, p. 25.

¹⁰² S. Freud. *La transitoriedad*. 1916, v. 14, p. 310-11.

Livrar-se da *mortalha do amor*, dizer definitivamente *adeus* e encerrar o luto não é uma tarefa fácil para o *eu*. Predestinado ao egoísmo, resistente a renunciar àquilo que ama, inevitavelmente enfrentará um trabalho penoso para conseguir resignar-se às perdas e às faltas. Isso consome tempo e energia valiosos, levando o enlutado a se recolher e a se isolar do mundo temporariamente. Em função dessas características do luto, Freud procurou demonstrar que as reações do enlutado se aproximam da psicopatologia narcísica da melancolia, a qual tomaria por “empréstimo”, do luto, algumas de suas características, como o desânimo, a cessação de interesse pelo mundo e perda da capacidade de amar, como conseqüências do recolhimento libidinal.¹⁰³ Enlutar-se e estar melancólico seriam experiências semelhantes, exceto pelo fato de, na melancolia, a perda do objeto ser inconsciente, enquanto no luto o sujeito sabe o que foi perdido. Além disso, no luto, não haveria o sentimento de se ser menos digno e a perda do respeito por si próprio - a auto-estima, como foi tratado no capítulo anterior. “No luto é o mundo que se tornou pobre e vazio; na melancolia, é o próprio eu.” – enfatizou Freud.¹⁰⁴

A aids traz inúmeras perdas, conforme pudemos acompanhar nos relatos dos entrevistados. Algumas dessas perdas vêm de forma abrupta, tão logo se constata a presença do vírus no corpo e se deduz (freqüentemente da pior forma possível) o peso que esse diagnóstico implicará. *A primeira coisa que pensei foi: “Vou morrer!”* - disse Ágata.

Outras perdas sobrevirão, conforme os efeitos do vírus ou do tratamento vão se apresentando. Por isso, é impossível não cogitar numa reação de luto como uma resposta psíquica a tantas privações; a tantas perdas que se configuram na alma do doente como uma ferida que, a priori, não há como ser completamente cicatrizada.

O luto, diante da aids, é primordialmente uma reação à perda de aspectos valorizados do próprio *eu*. Ou seja: o luto é, sobretudo, uma decorrência da perda abrupta da fantasia de se permanecer incólume, intocado pelo mal. Das perdas trazidas por essa doença, essa talvez seja a mais difícil de ser elaborada, pois o doente se defronta com o sentimento de perda do ideal de si mesmo, uma ferida no *eu* idealizado. O soropositivo sabe que para sempre será “um doente”, com possibilidade de ser olhado com desdém e que está mais vulnerável à morte. Com isso, é possível que muitos doentes possam se ver como menos dignos, debilitados no

¹⁰³ S. Freud. *Duelo y melancolía*. p. 248.

¹⁰⁴ Ibid. p. 243.

amor que deveriam sentir por si próprios. Uma pessoa *não limpa* - conforme as palavras de Helenita. Que se *é podre e fede*, segundo Ivo.

Surgem, assim, alguns questionamentos: além do luto, a aids pode trazer também sentimentos *melancólicos*? Se o luto é o convite para se desapegar do objeto perdido, qual é a reação de quem perdeu parte de si mesmo? Como preencher esse vazio? *Quem* ou o *que* poderá ser o substituto do que foi perdido?

O HIV é causador de uma ferida para além do corpo, para além do real da carne. Seria uma ferida psíquica, assim como ocorre com muitas doenças graves, obrigando o doente a enfrentar um processo de luto por uma grande perda. Nesse caso, não pela perda do outro, do objeto amado, mas pela perda de si mesmo: a perda de “alguém” que ele foi antes do vírus *tocar* o seu corpo. Em outras palavras, a aids provoca um luto, mas traz elementos que também podem aproximar seus doentes da melancolia, como o sentimento de ser menos digno por padecer desse tipo de doença estigmatizante e, com esse sentimento, a perda da auto-estima. Com a aids não é só o mundo a ficar empobrecido, mas também o *eu* - ferido, maculado pelo vírus e pelos efeitos dos seus sintomas: sejam eles biológicos, sociais ou psíquicos. Podemos pensar, então, na necessidade do doente recolher sua libido, como uma tentativa de reintegrar o que fora perdido, mas cuja ferida aberta pela aids atrairia muita energia, a ponto de empobrecer excessivamente o *eu*.

A machucadura trazida pela aids se estenderia para além do *eu*. Atingiria também os seus *ideais*. Sendo assim, o padecente dificilmente deixará de pensar que essa doença grave lhe trará um porvir com grandes dores e sofrimentos, como o medo - apontado por Ágata - de morrer *definhando* num leito de hospital. Com isso, a aposta do “vir-a-ser” alguém melhor e mais feliz, mormente depositada para um dia vindouro, fica inevitavelmente afetada.

Estar com aids é sinônimo de perda: é perder ou perder! Se o doente opta por revelar sua soropositividade, assujeita-se a ser rejeitado, olhado socialmente como portador de um mal terrível. Optando por esconder o contágio, torna-se um “clandestino dentro de si mesmo”, passando a viver num regime de *dupla cidadania*.¹⁰⁵ Nas duas situações, haverá perdas e sofrimentos, os quais jogarão o *eu* na necessidade premente de elaborá-las psicologicamente. Nesse caso, o *eu* não sendo bem sucedido nessa empreitada para elaborar o luto devido às

¹⁰⁵ Expressão usada por Susan Sontag. In: *Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

perdas ocasionadas pela doença, poderíamos pensar na instalação de um movimento que tende para um processo próximo a um “quadro melancólico”? ¹⁰⁶

A melancolia é caracterizada pela vivência simultânea da perda de um objeto valioso, da regressão da libido e da ambivalência de sentimentos em relação a esse objeto perdido.¹⁰⁷ A aids, por sua vez, também pode trazer essas mesmas experiências para as suas vítimas. Em primeiro lugar, como qualquer doença orgânica, implica em um recolhimento libidinal por parte do *eu*. Além disso, há também a perda de partes “adoradas” de si, causando-lhe um profundo abalo narcísico. Por fim, a aids pode desencadear nos doentes sentimentos negativos sobre si mesmo, que irão conviver com a necessidade imperiosa de se amar. Tais sentimentos podem ser, por exemplo, a auto-recriminação por causa do descuido que levou ao contágio e a vergonha por portar uma doença estigmatizante. Ou seja: haverá uma ambivalência de sentimentos em relação a si mesmo – amor e rejeição.

Freud, em “Luto e Melancolia”, levantou um questionamento sobre se seria possível que “um golpe puramente narcísico ao eu”, não havendo participação do objeto, poderia ter força suficiente para provocar um “quadro de melancolia”. Apropriando-me dessa questão levantada por Freud, pergunto: a aids sendo um profundo golpe narcísico, pois o objeto ferido está, sobretudo, no próprio *eu*, jogado num trabalho de luto incessante, teríamos elementos suficientes para pensarmos na existência de “quadros melancólicos” entre portadores do HIV?

Luto e melancolia são experiências psíquicas semelhantes, exceto pelo “rebaixamento da auto-estima”¹⁰⁸ que se apresenta apenas na segunda. Nos doentes de aids, o rebaixamento da auto-estima aparece com bastante frequência sob a forma de auto-recriminação ou pelo sentimento de estarem sofrendo uma punição, como é o caso de Ágata, para quem a doença foi o *preço justo* a ser pago. Ou Walker, cujo discurso é de que a aids pouco afeta sua vida, mas dizia temer que a doença se torne pública, pois caso isso venha acontecer, acredita que possa ser olhado com preconceito e desprezo, algo que lhe deixa *abalado*, assim como ocorre

¹⁰⁶ Cabe esclarecer que, quando uso a expressão “quadros melancólicos”, não estou me referindo apenas à melancolia dentro da caracterização feita pela Psicanálise, ou seja, uma psicopatologia narcísica, na qual “... o *eu* se identifica com o objeto perdido, a ponto de ele mesmo se perder no desespero infinito de um nada irremediável” e, diferente do luto, porque o melancólico “se sente culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou a morte.” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 507) Nesta parte do trabalho, conforme explorarei nos próximos parágrafos, refiro-me ao efeito de um sentimento persistente de pesar, menosvalia e auto-recriminações, decorrentes de uma perda importante.

¹⁰⁷ S. Freud, *Duelo y melancolía*. p. 255.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 242.

quando ouve falarem que *nordestino é sub-raça*. Já Helenita dizia: “*Você sabe como é preconceito, né?*” - e se queixava da madrastra demonstrar receio com objetos usados por ela e não deixar o filho (o irmão de Helenita) ir até sua casa. Ivo relembra das *faíscas* que o fizeram mudar de cidade e do medo de ser identificado como doente de aids ao se internado. Para todos, a rejeição do outro afeta o sentimento de estima que sentem por si, provocando um rebaixamento, na maioria das vezes momentâneo, do amor-próprio.

Isso ocorre porque a aids é uma doença social, espalha-se por intermédio das relações humanas – principalmente as mais íntimas – e por isso envolve preconceitos e estigmatizações. Está diretamente enganchada a aspectos interpessoais. Dentro desse contexto, a rejeição ao doente pode fazer a vida social dessas pessoas ser mais dolorosa do que a própria doença, da mesma forma como é observado em relação à velhice e à hanseníase. Quanto à velhice, a aids se equivale porque em ambas as restrições sociais, muitas vezes, suplantam as limitações naturais decorrentes do cansaço do corpo ou da doença. Quanto à hanseníase, pode-se dizer que a aids é uma “reedição”, principalmente quando se trata dos estigmas que envolvem a ambas, como é o caso das expressões pejorativas “leproso” e “aidético”, usadas para designar as suas vítimas, respectivamente.

O anunciado, nos depoimentos citados em alguns parágrafos anteriores, vai exatamente ao encontro desse medo de ser tratado com escárnio ou rejeição. Trata-se, portanto, de situações em que há a possibilidade do *eu* se ver empobrecido, pois deixa de receber de volta seus investimentos no mundo. Se o outro (o discurso social ou alguém especificamente) rejeita o doente, temos - como retorno para os seus investimentos - um “desamor” e não a realização do desejo primordial de quem ama: ser amado. Entenda-se: “ser amado”, receber tratamento digno e ser respeitado.

Não ser amado, significa que os investimentos seguem uma via de mão única. Com isso, teríamos um empobrecimento da auto-estima, pois como descreve Freud: “Amar em si, na medida em que envolve ânsia e privação, reduz a auto-estima...”¹⁰⁹ Podemos pensar que para o doente, perceber-se rejeitado, implica não haver a possibilidade de as pessoas investirem nele como objeto de amor. Amando, mas não sendo amado teríamos, hipoteticamente, um rebaixamento do amor-próprio pela incapacidade de amar plenamente, isto é, amar e ser amado.

¹⁰⁹ S. Freud. *Introducción del narcisismo*. 1914, v. 14, p. 96.

Retomando o que foi discutido no capítulo “*O eu: o eterno narciso*”, temos o pressuposto de que cada sujeito procura fazer investimentos de amor no mundo na expectativa do retorno positivamente multiplicado desses mesmos investimentos, tais como um capitalista faz com o dinheiro. Com os doentes de aids, há a possibilidade de que esse retorno nem sempre possa ocorrer da forma esperada, pois o olhar estigmatizante sobre a aids lhe traz um desamor, ao invés do amor que cada um espera poder receber. Esse não-retorno de amor geraria um empobrecimento no *eu* – na auto-estima. Uma ferida profunda no *eu* que implica num trabalho de luto na tentativa de repará-la. Um trabalho movido pela própria economia psíquica, pois a libido seria atraída para essa ferida tentando restabelecer o equilíbrio perdido.

Dessa forma, podemos pensar nos destinos da libido do doente de aids se dirigindo em duas direções distintas - não excludentes -, mas podendo ser oscilantes. A primeira seria por causa do esvaziamento do *eu* devido à perda da auto-estima e do mal-estar causado pelas dores físicas, decorrentes das doenças oportunistas ou dos efeitos adversos dos remédios. Seguiria um processo semelhante ao que Freud propôs em relação à dor. “A raiz da dor corporal desencadeia um alto grau do que podemos denominar de investimento narcísico do ponto doloroso; esse investimento continua a aumentar e tende, por assim dizer, esvaziar o eu.” 110¹

A outra direção da libido seria a de um refluxo, concentrando-se na alma do doente como uma tentativa de reparar exatamente as perdas e feridas trazidas pela doença, assim como foi discutido no capítulo anterior (“*Aids: uma ferida narcísica*”) e cuja citação a seguir de Freud, do artigo “Introdução ao narcisismo”, é esclarecedora: “Diríamos então: o enfermo recolhe seus investimentos libidinais para o seu próprio eu e torna a enviá-los para fora quando se recupera. (...) Nessas situações, tanto a libido e quanto o interesse do eu partilham do mesmo destino e são, mais uma vez, indistinguíveis entre si.” 111

Partindo da hipótese dessas duas direções possíveis da libido em doentes de aids, isto é, o esvaziamento do *eu* ou a sua concentração na alma do doente, algumas indagações podem ser levantadas:

¹¹⁰ S. Freud. *Inhibición, síntoma y angustia*. 1926, v. 20, p. 160.

¹¹¹ Id. *Introducción del narcisismo*. p. 79.

Sendo a aids incurável e com um tratamento penoso, haverá a possibilidade dos investimentos libidinais de antes da doença serem restabelecidos ou o doente estará obrigado a redimensionar seus investimentos? Ou ainda: estará sujeito a se manter num quadro irrevogável de recolhimento libidinal?

Haverá possibilidade de o doente encerrar o trabalho de luto pelas perdas trazidas pela doença ou estará “condenado” a viver enlutado? Se ele consegue elaborar esse luto, como isso é feito? Quais as estratégias psíquicas utilizadas? Senão, quais os mecanismos para suportar um luto indelével?

PARTE IV:

Vidas entrelaçadas à aids

VIDAS ENTRELAÇADAS À AIDS E SEUS DESCONTENTAMENTOS

*“Qualquer tempo é tempo
A hora mesma da morte
é hora de nascer.
Tempo, contratempo.
anulam-se, mas o sonho
resta, de viver.”*

Carlos Drummond de Andrade¹¹²

O objetivo deste trabalho, como foi explicitado na “Introdução” e na parte inicial do “Método”, é investigar as estratégias psíquicas que os doentes de aids utilizam para tentar reparar as feridas provocadas pela doença. Para tanto, foram realizadas entrevistas no intento de alçar essas questões em vidas atravessadas por uma patologia que as deixa vulneráveis, subtraídas na capacidade de se defenderem contra algumas formas de ameaça de aniquilamento impostas pela natureza.

Trata-se, portanto, de um trabalho a respeito do embate paradoxal do ser humano contra a morte, pois, de um lado, todos temos consciência de ela ser inevitável, mas, de outro, alimentamos sonhos de imortalidade, inclusive porque o inconsciente não concebe a própria morte. Ou, como disse Freud em “Reflexões sobre a guerra e a morte”: “... no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.”¹¹³

Nosso inconsciente não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal. O que chamamos de “inconsciente” (as camadas mais profundas de nossas mentes, compostas por moções pulsionais) não conhece nada que é negativo {*Negativ*}, nenhuma negação {*Verneinung*} - os opostos coincidem em seu interior – e, por conseguinte, não conhece sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo. Assim, nada existe de pulsional em nós que reaja a uma crença na morte.¹¹⁴

No início do segundo capítulo de “Esboço de Psicanálise”, intitulado “A teoria das pulsões”, Freud afirma que o propósito da vida se expressa no poder do id, que é a satisfação das necessidades inatas do organismo. No id não haveria qualquer intuito em manter-se vivo e

¹¹² In: *Boitempo/A falta que ama*. Rio de Janeiro: Ed. Sabiá, 1973 p. 148

¹¹³ S. Freud. *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. 1915, v. 14, p. 290.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 297-8.

sim, em livrar-se de toda tensão, buscando restabelecer um estado de equilíbrio (*o estado de nirvana*) da vida inorgânica, isto é, “voltar” à morte.¹¹⁵ Dessa forma, não há no inconsciente qualquer registro de alerta ou de proteção ao perigo, cabendo ao *eu* exercer essa função de dar ao sujeito a consciência de que a finitude lhe é inerente e por isso deve adotar condutas que possam evitá-la – ou, ao menos, adiá-la. O *eu* constitui uma organização cuja função principal é garantir a *autopreservação* do sujeito humano.

Com referência aos acontecimentos *externos*, [o *eu*] desempenha essa missão dando-se conta dos estímulos, armazenando experiências sobre eles (na memória), evitando estímulos excessivamente intensos (mediante a fuga), lidando com os estímulos moderados (adaptação) e, finalmente, aprendendo a alterar o mundo externo conforme suas conveniências (atividade). Com referência aos acontecimentos *internos*, em relação ao *id*, ele desempenha essa missão obtendo controle sobre as exigências pulsionais, decidindo se elas devem ser satisfeitas, adiando essa satisfação para ocasiões e circunstâncias favoráveis no mundo externo ou sufocando inteiramente as suas excitações.¹¹⁶

O *eu* se sustenta entre forças inconscientes que ignoram a morte e a realidade que a coloca como um fato inexorável. De um lado passa a desejar, iludir-se com a ilusão de poder driblá-la, porque existe um movimento pulsional que lhe dá força e o empurra para isso, mas, por outro lado, é exatamente o seu papel ficar em alerta para proteger o organismo da destruição. Por isso, a consciência de que a vida é efêmera é um grande luto, pois é dessa consciência que sobrevém um descontentamento inexaurível. Ela é a primeira fonte da infelicidade humana, pois há a percepção de que o “próprio corpo [está] condenado à decadência e à dissolução”, como nos mostra Freud em “O mal-estar na civilização”.¹¹⁷

A aids adentrou esse drama paradoxal, corroborando e reforçando essa fonte primordial do sofrimento humano, pois essa doença contemporânea tem o poder, embora não seja a única, de trazer a morte e, antes disso, pode trazer também a decrepitude do corpo. Estando doente de aids é mais difícil ignorar a morte e a fragilidade do corpo diante das forças impiedosas e soberanas da natureza, pois se fica mais vulnerável a infecções oportunistas e a outras doenças que surgem com a debilidade do sistema imunitário. O tratamento, que é uma forma de tentar driblá-la, tem seus efeitos adversos, que, muitas vezes, roubam o vigor e a beleza de um corpo jovem e saudável, como podemos acompanhar nos “Relatos”, dos quais

¹¹⁵ S. Freud. *Más allá del principio de placer*. 1920, v. 18, p. 43-59, pas. .

¹¹⁶ Id., *Esquema del psicoanálisis*. 1923, v. 23, p. 144.

¹¹⁷ Id. *El malestar en la cultura*. 1930, v. 21, p. 76.

relembro o de Ágata, ao se queixar das moléstias metabólicas e estéticas trazidas pelos anti-retrovirais.

Além do sofrimento perante a consciência da inevitabilidade da morte, Freud apontou em “O mal-estar na civilização” outras duas fontes de sofrimento humano: as *esmagadoras* e *impiedosas* forças da natureza e o próprio relacionamento entre os seres humanos.¹¹⁸ Em ambas, o HIV e a aids podem ser pertinentemente enquadrados.

O HIV é um exemplo do embate do homem contra a natureza, pois como todos os seres desse mundo, vivemos numa eterna luta pela vida, muitas vezes uns contra os outros. Como membros de uma espécie, conseguimos garantir nossa sobrevivência usando inúmeros artifícios, entre eles produzimos remédios contra patologias que, outrora, ceifavam milhares de vidas. No entanto, novas ameaças sempre aparecem – e o HIV foi uma delas. Pouco antes de a aids ser descoberta, cogitava-se a possibilidade de todas as doenças serem vencidas com o avançar da ciência, mas o HIV veio mostrar que o poder superior da natureza é mais forte do que o nosso vão narcisismo poderia suspeitar.

A aids também está inserida no intricado universo dos relacionamentos humanos, no qual os “sintomas” sociais da aids têm seu sustentáculo e - como podemos acompanhar nas histórias de Ágata, Helenita, Ivo e Walker - podem se transformar numa consternação maior do que a própria doença. Um exemplo disso é a agonia relatada pelos entrevistados quando vão até o SAE se consultarem ou precisam ser internados. O grande receio é de serem descobertos como portadores do HIV e serem discriminados ou tratados com asco, como se queixou Helenita sobre o comportamento do endoscopista que suspendeu o exame quando ela contou da soropositividade; e Ágata, abandonada pelo namorado quando recebeu o resultado do exame.

Embora se saiba que a aids não é socialmente transmissível, os pacientes estão cientes de que ela traz a ameaça de uma possível “aniquilação” social. Há o temor de serem rotulados de “aidéticos” e olhados como portadores de uma doença associada à morte e a comportamentos transgressores. Walker dizia não temer a aids e sim que as pessoas soubessem que ele é um doente. Ivo, comparando a aids com outras doenças graves, como câncer ou diabetes, fez a seguinte declaração: *A pessoa que tem HIV tem que se guardar, por*

¹¹⁸ S. Freud. *El malestar en la cultura*. p. 76-7.

mais que ela seja uma pessoa que não tem medo de dizer. Vão te deixar de lado, vão te abandonar.

Viver com aids é, portanto, sentir diuturnamente na pele, de uma forma exasperada, frustrações e privações que estão na origem do mal-estar humano. É uma doença que acentua e reforça elementos que trazem a infelicidade e golpeia profundamente o desejo humano de se manter intocável pela dor e pelo sofrimento.

Com base nessas constatações, as quais venho explicitando ao longo desse trabalho, apresento algumas perguntas para serem discutidas nos próximos capítulos: quando o sujeito se descobre com aids, qual o impacto em seu psiquismo? Como um *eu* intensamente ferido consegue se restabelecer e retomar seus caminhos e seus sonhos? Quais são as estratégias do *eu* para manter sua integridade e para se adaptar a uma nova realidade? É possível ser feliz? E como?

A AIDS SE ENTRELAÇOU À VIDA: O CAMPO DO ANGUSTIANTE

*“Há doenças piores que as doenças
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras
Há angústias sonhadas mais reais
Que a vida nos traz, há sensações.
Sentidas só com o imaginá-las
Que são mais nossas que a própria vida
Há tanta coisa que, se existir
Existe, existe demoradamente.”*
Fernando Pessoa¹¹⁹

Cada ano que passo, cada dias das mães, meu aniversário, fico pensando assim:
“Será que vai ser o último? Será que no ano que vem vou estar aqui no natal?” Essa fala de Helenita nos dá o exato tom de como a morte é posta num campo longínquo, independente do lugar onde nos encontramos. Ela falava de sua preocupação com a morte, algo exacerbado com a aids, obrigando-a a refletir se poderia continuar desfrutando momentos importantes da vida. Uma preocupação que se justifica pela presença de uma doença mórbida em seu corpo, responsável pela ceifa de milhares de vida, todo ano, no mundo inteiro. No entanto, ela não fala: “será que estarei morta no próximo natal?” Ela diz: “será que estarei aqui?” Além disso, ela faz essa conjectura arremessando o inefável para o *ano que vem*, no natal, ou seja, o mais longe possível, no fim do ano.

Assim como Helenita, também não conseguimos imaginar a nossa própria morte. Se ela é conjecturada, é feito numa outra dimensão, num outro tempo. No entanto, não há como se ignorar a morte, porque quem faz isso acaba morrendo. Um exemplo é quando olhamos para os dois lados ao atravessarmos uma rua. Ali estamos reafirmando a certeza de que a morte é um fato, com o qual não tardaremos a nos deparar se deixarmos de tomar esse cuidado. Mas, por outro lado, não é possível viver pensando na morte incessantemente, mesmo ela estando entressachada em todas as nossas ações. Pensar nela como uma possibilidade real costuma ser assustador, até mesmo paralisante. Por isso, embora conscientes da sua infalibilidade, projetamos sua ocorrência para um tempo sempre longe de nós e imaginamos se, de alguma forma, continuamos “vivos” depois de mortos.

¹¹⁹In: *Livro do desassossego*. Campinas: Ed. da Unicamp, 1994, p. 120.

Helenita, que sempre teve medo da morte, de ficar às claras quando morria uma pessoa perto da sua casa, com a aids, se via submergida pela ameaça de morrer em breve: *Botei na cabeça que ia morrer!* Nos primeiros momentos, após a descoberta da soropositividade, passou a se *despedir* das datas festivas como se cada uma delas fosse a última, imaginando, por exemplo, que no ano seguinte não voltaria a comemorar o seu aniversário. O tempo passou, as datas continuaram a se repetir e ela *tirou da cabeça que ia morrer*, embora, em alguns momentos, ainda não deixe de pensar nisso, afinal, ela é uma doente de aids, com grandes dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso e além do mais tem uma vida tormentosa. Deixou de pensar na aids como sinônimo de uma morte breve, mas ainda persiste uma preocupação especial, mesmo não sendo tão intensa como fora no início.

A morte é um fato inexorável para todos nós, mas nossa atitude é como se ela não existisse. Ela é impensável, como exemplifica Freud numa anedota sobre um marido que diz à esposa: “Se um de nós dois morrer, eu me mudo para Paris.”¹²⁰ Discutindo essa dinâmica humana em relação à morte, exemplificada nessa piada, Freud afirma:

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como expectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar a seguinte tese: no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.¹²¹

Vivendo na ilusão de que somos imortais, a aids foi um duro golpe para todos nós, quando foi posta, assim como outras doenças, outrora, como aquela que pode antecipar o fim da vida para quem se “encontrasse” com ela. Dessa maneira, quem foi “apanhado” pelo HIV passou a carregar, entre outros “sintomas”, o imaginário de que porta em si a própria morte.

O infectado, ao tomar ciência da presença do vírus em seu corpo, é jogado num redemoinho provocado pelo choque dos ventos do desejo e da ilusão de imortalidade que sopram antagônicos à tempestade implacável da aids. E, assim, passa a se configurar o tempo - ou melhor, o *clima*, dessa nova *estação* em sua vida. Um tempo de turbulência que em muitas vezes volta à calmaria, mas em outras a instabilidade persiste – inquebrantável.

Você sabe que hoje só morre de aids quem quer? – diz Walker para o filho, parecendo que, ao mesmo tempo em que pergunta, também afirma com convicção, convocando o

¹²⁰ S. Freud. *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. 1915, v. 14, p. 299.

¹²¹ *Ibid.*, p. 290.

interlocutor e ele próprio à razão dos tempos atuais do tratamento da aids no Brasil e de que pode, mesmo com essa doença, ser o “senhor” da sua vida - do seu destino. O filho responde: “Eu sei!” E Walker reflete: *Ele é bem informado, mas quando bate na porta da gente é mais difícil.*

Só morre de aids quem quer – diz Walker - mas se ela *bate* na própria porta, as configurações se alteram.

Aids é sinônimo de perigo, de ameaça. Se não fosse assim, aquela conversa entre Walker e o filho (Alexandre) não precisaria ter acontecido. A notícia da aids (“*quando ela bate na porta da gente*”) traz consigo suas representações de uma doença grave e estigmatizante. Ou seja: o *eu* sabe que estará sujeito a danos previsíveis. “*Eu fiquei assustado.*”; “*Eu fiquei chocado.*” – teria dito Alexandre, respectivamente, ao falar com o pai quando pegou as caixas e as bulas dos remédios no lixo e quando Walker lhe contou da presença da aids na família. *Só morre de aids quem quer*, mas ela não deixa de provocar medo ou pavor quando *bate na porta*. Não deixa de “assustar” ou “chocar”. O próprio Walker, ao saber da soropositividade, disse que sentiu *um impacto*. Ivo, por sua vez, relatou que para ele foi *um grande choque*.

Freud denomina de “o angustiante” (*das Ängstlichen*) um campo psicopatológico que engloba vários fenômenos psíquicos relativos à angústia. Dentre eles destaco o pavor/terror (*Schreck*), o medo (*Furcht*), o sinal de angústia (*Angstsignal*) e o sinistro/estranho (*das Unheimliche*)¹²², por apresentarem alguma relação com sentimentos manifestados por muitas pessoas quando entram em contato com a aids, principalmente os próprios doentes, conforme pudemos acompanhar nos relatos dos entrevistados, alguns deles mencionados nesse capítulo.

Vou apresentar, agora, os três primeiros fenômenos correlacionados ao angustiante citados no parágrafo atrás (*Schreck*, *Furcht* e *Angstsignal*) e, no próximo capítulo, a questão envolvendo o “*das Unheimliche*” e a aids.

Nas “Conferências” em que trata da angústia (25^a, de 1917; e 32^a, de 1932) e no ensaio “Inibição, sintoma e angústia” (1926), Freud descreve os efeitos que um perigo pode produzir em uma pessoa. Em 1917, afirma que, embora as palavras angústia (*Angst*), medo (*Furcht*) e

¹²² Mario Eduardo Costa Pereira. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Ed. Escuta, 1999, p. 79 et seq. .

terror/pavor (*Schreck*) sejam freqüentemente utilizadas para essas situações como sinônimos, na realidade tratam de fenômenos psíquicos distintos.

Creio que angústia (*Angst*) se refere ao estado e prescinde do objeto [a fonte do perigo], ao passo que medo (*Furcht*) chama a atenção precisamente para um objeto. Por outro lado, terror (*Schreck*) tem um sentido particular; isto é, põe ênfase no efeito produzido por um perigo com o qual a pessoa se defronta sem qualquer estado de preparação para a angústia.¹²³

Na origem do angustiante, tais situações de perigo de que menciona Freud, estariam ajustadas a etapas do desenvolvimento do sujeito. Na tenra infância, o perigo desencadeador da angústia seria o desamparo psíquico de um *eu* ainda imaturo e dependente, incapaz de domar os acúmulos de excitações após o nascimento. Na seqüência do desenvolvimento, com a constituição do *eu* o medo é da perda dos cuidados (do amor) do objeto que exerce a função materna.

No período da fase fálica, a angústia é relativa à castração e é desencadeada a partir dos desejos edípicos, os quais, percebidos como reprováveis, levam ao medo de uma retaliação. Nos meninos, essa retaliação estaria associada à ameaça da perda do pênis e, nas meninas, à perda do amor, assim como já era na fase pré-edípica. No período da latência, com a incorporação do *supereu*, como se fosse o castrador despersonalizado, tal instância psíquica passaria a ser a fonte do medo. ¹²⁴ “Não obstante” – acrescenta Freud – “todas essas situações de perigo e condicionantes da angústia podem conviver lado a lado e fazer com que o eu reaja a elas com angústia em épocas posteriores...”¹²⁵

Reagir com angústia em épocas posteriores, como nos diz Freud, indica que essas experiências ameaçadoras na infância constituem a raiz do angustiante. Elas deixariam marcas indeléveis no sujeito, levando-o, ao se deparar com uma situação análoga, a reagir com o

¹²³ S. Freud. *Conferencias de introducción al psicoanálisis (25ª Conferencia. La angustia)*. 1917, v. 16, p. 360.

¹²⁴ Id. *Inhibición, síntoma y angustia*. 1926, v. 20, p. 134. O temor do *supereu*, o último deles citado por Freud na seqüência acima, não deve ser eliminado, pois ele é o responsável pela “angústia da consciência moral” (*Gewissensangst*). Portanto, um medo “... indispensável nas relações sociais...” uma vez que sem ele o sujeito poderia se tornar um fora-da-lei. (In: *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (32ª conferencia. Angustia e vida pulsional)*. 1932, v. 22, p. 82.

¹²⁵ Id. *Inhibición, síntoma y angustia*. Loc. cit. .

mesmo sentimento vivido em outras épocas. A angústia, segundo esse raciocínio, é a repetição de uma experiência já vivida.¹²⁶

O protótipo de uma situação angustiante seria o nascimento, quando o sujeito é expulso de um “lar aconchegante” e arremessado para um ambiente no qual se defronta com um excessivo afluxo de excitações, que o levam a mudanças fisiológicas bruscas para poder se adaptar e manter-se vivo. Essa experiência do ato do nascimento coloca o recém-nascido em um estado de desamparo (*Hiflosigkeit*), pois estará diante de um acúmulo de excitações muito grande, constituindo-se numa *situação traumática*, ou seja, é invadido por estímulos além da sua capacidade de domar, que são descarregados sob a forma de angústia.

As reações do organismo ao ser retirado do útero, como a taquicardia e o sufocamento, seriam repetidas quando o sujeito fica angustiado. Inclusive, a palavra latina “angst”, para se referir a essas situações, significa “aperto” ou “estreiteza”.¹²⁷ No caso, como se diz corriqueiramente, angustiar-se é viver “um aperto no peito” (ou “no coração”), que é sufocante. Freud denomina angústia econômica ou automática (*automatische Angst*) à descarga resultante de um acúmulo de excitação, o qual o *eu* não tem recursos para controlar.

O temor que persiste em relação à experiência do nascimento, é o momento traumático do desamparo, não havendo, assim, nenhum objeto definido a causar medo. Neste caso, a angústia é uma “defesa” do *eu* quando se percebe na emergência de uma situação perigosa que pode arremessá-lo à revivescência daquele momento traumático. Isto é: ser jogado numa situação de desamparo, “‘desarmado’, ‘incapaz de se sair por si mesmo’.”¹²⁸ Isto acontecendo, o sujeito estaria submerso num estado traumático de terror/pavor (um *Schreck*). O sinal de angústia é, portanto, uma tentativa do *eu* reagir à ameaça, mantendo-se senhor do seu destino, evitando o terror. Por isso, Freud dizia: “...uma pessoa se protege do terror (*Schreck*) por meio da angústia (*Angst*).”¹²⁹

Para evitar que essa situação da angústia automática se instale, o *eu* emitiria um sinal de alerta (*Angstsignal*), colocando o organismo em prontidão para se defender. A emissão

¹²⁶ Ana Maria Loffredo. *Angústia e repressão: um estudo crítico do ensaio “Inibição, sintoma e angústia”* 1975. 100p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1975, p. 44.

¹²⁷ Paulo César de Souza. *As palavras de Freud*. São Paulo: Ática, 1999, p. 190.

¹²⁸ M. E. C. Pereira. *Pânico e desamparo...* p. 128.

¹²⁹ S. Freud. *Conferencias de introducción...* (*La angustia*). p. 360.

desse sinal é como o soar de um “alerta laranja” antevendo uma ameaça no porvir, levando à busca de recursos para defesa ou fuga, pois, do contrário, poderá ser solapado por um evento que o *eu* não terá condições de administrar – o que define uma situação traumática. Neste caso, o *eu* ficará imerso em um estado de desamparo, ou seja, o “alerta vermelho” soará, porém, será tão intenso que o paralisará e não o deixará com forças para reagir. Nesse caso, teremos a angústia automática, que é a “... reação do sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar.”¹³⁰

Tais afluxos correspondem à fonte do perigo, podendo ser proveniente de uma força externa ao psiquismo ou de uma força interna (as pulsões do *id*). Diante da iminência de qualquer uma dessas ameaças (externas ou internas), o *eu* “... se submete ao estado de angústia, como uma espécie de ‘vacina’, para evitar que ocorra uma eclosão desse estado de forma mais intensa [a angústia automática]. Isso quer dizer que o [*eu*] revive, de uma maneira mitigada, a situação perigosa, reduzindo-a a uma indicação ou sinal.”¹³¹

No que se refere aos afluxos de excitações internas, trata-se de um perigo desconhecido e é decorrente das forças pulsionais. Estas funcionam em obediência ao princípio do prazer, cujas intenções nem sempre coincidem com o princípio de realidade do *eu*, o qual visa a autopreservação. A angústia é disparada, nessas situações, quando essas forças pulsionais – eróticas ou agressivas – levam a um desejo que o *eu* considera repreensível e que, caso seja levado a termo, possa desencadear uma retaliação, que seria a perda do amor de alguém importante para o sujeito.

A origem da angústia se dá internamente, devido à exigência pulsional, mas é o temor de ser castigado que leva à emissão do sinal, para que o *eu* se mobilize a fim de evitar a situação, defendendo-se dela. Como o perigo se origina dentro do sujeito, não há como fugir dele e cabe ao *eu*, diante dessa situação, emitir o sinal de angústia e recalcar a moção pulsional; essa defesa pode levar à formação do sintoma neurótico, gerando desprazer ao envinagrar a libido e promovendo o adoecimento psíquico.

¹³⁰ J. Laplanche; J. B. Pontalis. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 26-7.

¹³¹ A. M. Loffredo. *Angústia e repressão...* p. 46.

Se a angústia é uma proteção a um perigo, qual seria o objeto causador dessa ameaça? O nascimento seria o modelo pela qual a angústia é vivenciada, mas não é a fonte de temor. Também não seria a morte, pois não haveria o registro de algo equivalente no inconsciente. Freud propõe que o perigo causador da angústia seria uma ameaça de perda; a perda de um objeto valioso, que pode afetar a integridade do sujeito. Inicialmente, tal ameaça de perda seria o medo de perder o amor dos pais, principalmente da figura materna. Quando a criança descobre as diferenças anatômicas entre os sexos, esse medo volta-se para a castração, ao se constatar que alguns possuem pênis e outros não. Entre os meninos, desenvolveria uma valorização narcísica a esta parte do corpo e um grande temor de perdê-la. Entre as meninas, que obviamente não têm um pênis para perder, mas estão sujeitas ao complexo de castração, o motivo da angústia seria o medo de deixarem de ser amadas; uma extensão da angústia vivida durante as ausências da mãe.

A angústia de castração seria, então, o motor de operação dos mecanismos de defesa por parte do *eu*. Nela, residiria também o medo da morte, pois o *eu* reagiria diante da constatação desse fato, como se tivesse sido abandonado pelo “*supereu* protetor”.¹³² Assim, se o medo da morte é análogo à angústia da castração, poderemos pensar que as defesas utilizadas para um, também o é para o outro. Ou seja, se perante a castração ocorre o processo defensivo da *recusa*, o mesmo acontece com a morte. Dessa forma, acredito que seja possível fazer uma relação entre o angustiante provocado pela aids em sua relação com o medo da morte e a angústia de castração, levando o doente a recusar tal situação, conforme explanarei mais adiante.

A aids se vincula ao que Freud definiu como *Realangst*.¹³³ Ou seja, algo que desencadeia um medo (ou uma angústia) diante de um perigo real. Sobre a reação do *eu* a esse tipo de ameaça, Freud acrescenta:

Desenvolvemos duas reações ao perigo real: uma reação afetiva - a instalação da angústia -, e uma ação protetora. Presumimos que o mesmo ocorra com o perigo pulsional. Sabemos como as duas reações podem cooperar de forma apropriada, uma dando sinal para que a outra surja, porém também sabemos que elas podem

¹³² S. Freud. *El yo y el ello*. 1923, v. 19, p. 59.

¹³³ Paulo César de Souza em “As palavras de Freud” (1999, p. 193) e Luiz Alberto Hanns em “Dicionário comentado do alemão” (1996, p. 71) afirmam que a palavra *Angst* em alemão é usada para se referir tanto a “medo” como para “angústia”. No caso, como Freud se refere a um objeto de temor conhecido, o correto seria dizer “medo ante algo real” e não “angústia realística”, como, às vezes, é traduzido. No “Vocabulário de Psicanálise” de Jean Laplanche e Jean-Bertrand Pontalis, “*Realangst*” é traduzido para o francês como *angoisse devant un danger réel* - e mantido na versão brasileira como “angústia ante um perigo real”. (1992, p. 26).

comportar-se de modo inadequado e a paralisia proveniente da angústia pode sobrevir, difundindo-se uma reação às custas da outra.¹³⁴

No caso da aids, temos um perigo real e conhecido, pois se trata de uma ameaça trazida por um vírus, cujos efeitos no organismo podem ser devastadores. Sendo um perigo externo, a reação apropriada - diz Freud¹³⁵ - seria a fuga, principalmente se o *eu* possui a informação de que não terá condições de lidar com ele.

Para não ter que enfrentar o terror (*Schreck*), o *eu* liberaria um sinal de angústia e, a partir dele, haveria uma busca por recursos visando a fuga ou as estratégias de defesa diante do perigo. No entanto, o HIV é um tipo de perigo que, embora externo ao psiquismo, não dá possibilidade de escapismos, como poderia ocorrer diante de um animal feroz ou de uma tormenta. Ele é um perigo que estará dentro do corpo. Portanto, sendo infectado, não há para onde correr ou se esconder!

Com base nessas questões, pergunto: a alternativa para não se ser inundado pela angústia, uma vez que não há recurso para uma fuga ou para se defender apropriadamente desse perigo real, seria recorrer a defesas psíquicas tal qual ocorre diante de uma ameaça pulsional? Se isso ocorre, os mecanismos de defesa utilizados por doentes de aids, em função do *angustiante* trazido pelas ameaças atreladas à doença, são da mesma ordem daqueles utilizados diante de um perigo pulsional?

Em “Inibição, sintoma e angústia” Freud afirma que a *Realangst* e a angústia neurótica, em algumas situações, apresentam-se mescladas. Embora o perigo seja notório, de conhecimento do *eu*, causaria uma angústia muito grande, além do que deveria ser o apropriado diante do tamanho da ameaça. “É esse excedente” – explica Freud – “que delata a presença de um elemento neurótico. (...) A análise revela que o perigo real conhecido se acha ligado a um perigo pulsional desconhecido.”¹³⁶ Freud, por meio dessas afirmações, aponta para a possibilidade de um perigo real substituir e mascarar um perigo pulsional, o qual pode ser revelado pelo emprego do método psicanalítico.

Baseando-se nessa assertiva explicitada no parágrafo anterior, pergunto: O inverso, seria possível? Um perigo real, como a consciência da presença do HIV no corpo, poderia se

¹³⁴ S. Freud. *Inhibición, síntoma y angustia*. p. 155.

¹³⁵ Id. *Nuevas conferencias...* (*Angustia e vida pulsional*). p. 78.

¹³⁶ Id. Freud. *Inhibición, síntoma y angustia*. p. 155.

engancha a algum jogo de forças já existente entre desejo e defesas, acentuando-o ou fazendo a balança pender para um dos lados? A angústia/medo diante da ameaça real chamada HIV pode ser conectada ou mesclada a algum conflito psíquico do doente que, eventualmente, poderia trazer algum sentimento do campo do angustiante?

Para iluminar essas questões, incluindo as indagações anteriores a respeito do tipo de defesa psíquica que doentes de aids possam utilizar diante do perigo aterrorizante trazido por essa doença, retomarei a descrição que os entrevistados fizeram a respeito da reação que tiveram quando souberam da soropositividade.

Walker conta ter sido surpreendido com tal notícia, pois foi doar sangue para o cunhado e, naquele momento, não cogitava a possibilidade de ser portador do HIV. Depois de alguns dias da doação, recebeu um telefonema e quando chegou ao HEMERON (banco de sangue) foi informado do resultado dos exames, entre eles do teste da aids. *No primeiro momento eu senti, assim, um impacto. Achei que poderia ser um engano.* Fez os exames necessários para verificar se não se tratava, de fato, de um “engano”. Embora tenha uma história de vida sexual desregrada, não acreditava que poderia estar infectado e procurava *negar* a situação, conforme suas próprias palavras, inclusive quando os exames confirmaram a soropositividade. Duvidou deles, afinal, foram feitos num serviço público... Repetiu o exame num laboratório particular e o resultado positivo persistiu. *Aí, assim... Eu me senti assim um... Assim... Eu fiquei um... Assim...* Não havia mais como negar, voltou a se alcoolizar e passar dias nas farras, de bar em bar, *até cair na real: Minha vida, querendo ou não, tinha sido modificada, precisava me adequar à realidade.*

Ivo, doador de hemoderivados, foi chamado para colher nova amostra porque na última doação, o sangue não tinha sido suficiente e havia “dado um problema” no seu sangue. Desta vez e também quando o resultado lhe foi informado, uma ambulância foi buscá-lo onde se encontrava. *Me levaram ao Hospital de Base. Uma médica conversou comigo. Ela me falou que o exame tinha dado HIV-positivo.* (Você não estranhou, buscarem um doador em casa?) *Eu confesso que não sabia. Fiquei apreensivo, queria saber do que se tratava. Jamais imaginei que fosse ter essa notícia. Quando ela falou, levei um grande choque - e chorei bastante.*

Ágata, mesmo com um antigo namorado tendo lhe informado que, em exames recentes, descobriu ser soropositivo, relata ter ido *tranquila* doar sangue no intuito de se

submeter ao teste. *Fui sem suspeitas de achar que estava com o vírus.* Tal tranqüilidade se justificava no fato do novo namorado ter feito o exame e o resultado havia sido negativo. *A imaturidade, né? A inexperiência de relacionar um ao outro. Fiquei tranqüila, mas fui fazer o teste, e aí deu positivo.* Primeiro, não aceitou a situação, mas com o tempo entendeu que a aids seria um *preço* que ela devia pagar. *Então, a partir do momento que eu admiti isso, foi mais fácil de lidar. Mas nem sempre foi assim, principalmente no começo. Abandonada pelo homem que amo, sozinha, sem ninguém, a primeira coisa que veio à cabeça foi: “Vou morrer!”*

Helenita fez o exame, após ouvir da médica, num canto reservado do hospital, que havia a suspeita de ser a aids a causa dos sintomas que a faziam padecer por semanas, principalmente com uma diarreia incessante. Depois de três meses, recebeu um telefonema pedindo para ir até o hospital onde não “conseguiu” perceber que a assistente social *estava agitada* ao dizer que o resultado era positivo, sem dar maiores explicações. Por causa desse “positivo” foi encaminhada para o CEMETRON, um hospital que trata de doenças infecto-contagiosas, incluindo a aids. Somente nesse hospital pôde, finalmente, entender “positivo” como a presença do HIV e da aids em seu corpo e em toda a sua vida. *No começo foi difícil, porque a gente tem um choque. No começo fiquei assim... Mais ou menos uma semana sem comer, sem fazer nada. Revoltada, achando que eu ia morrer. Depois, comecei o tratamento, a fazer terapia direto lá no psicólogo...*

Eu me senti assim um... Assim... Eu fiquei um... No começo fiquei assim... São as falas de Walker e Helenita ao tentarem descrever como se sentiram nos primeiros momentos da vida entrelaçada à aids. Os sentimentos ficam na ordem do inefável, não havendo palavras para exprimir o estado psíquico a que foram submetidos ao receberem a notícia da soropositividade. Dá para supor o estado de pavor (um *Schreck*) ao se depararem diante do peso das significações da aids; surpreendidos por uma notícia que, naquele instante, significava o prelúdio do fim, cujo sentimento vivenciado, mesmo anos depois, não encontra palavras para ser nomeado.

Da mesma forma aconteceu com Ivo, quando, na última entrevista, lhe perguntei como é “viver com o HIV”. Ele ficou em silêncio, depois suspirou profundamente e me respondeu: *Essa pergunta é muito difícil. Não saberia dizer exatamente agora como é que eu sinto.*

Mudei, então, a pergunta e pedi para ele me dizer qual o sentimento quando escuta o nome da aids ou do HIV.

Eu sinto uma retração. Me dá um... é... é como se eu tivesse... Aliás, é mais de retrocesso, como se tudo passasse, tudo na mente, assim, muito forte. Nos momentos, por todas as coisas ruins que passei... Mais ou menos isso que veio agora. Sente-se um sufocamento, sente-se impotente. É o que mais a gente sente. O que mais a gente sente é impotência.

Retração, retrocesso, sufocamento, impotência. Sentimentos do campo do angustiante. Como se dissesse que se retrai, contrai-se e regride a um tempo em que vivenciou uma sensação de sufocamento e impotência. Puro terror! Uma angústia avassaladora, difícil também de ser nomeada, cujas falas entremeadas de reticências nos dão uma idéia do peso enfrentado, mesmo lutando contra essa ameaça há quase duas décadas e consciente dos avanços da ciência no sentido de garantir um domínio bastante eficiente do agente gerador de todo esse temor.

Sabemos que é impossível conseguir viver tanto tempo diante desses sentimentos sufocantes e paralisantes. De alguma forma, o *eu* precisa encontrar uma forma de se soerguer, pois, caso contrário, será petrificado, tomado pelo pânico. Mesmo com a aids e suas implicações é preciso retomar a vida, como podemos acompanhar nas histórias dos entrevistados. Afinal, como disse Freud: “Suportar a vida continua a ser o primeiro dever de todos os seres vivos.”¹³⁷ E acrescentando em “Inibição, sintoma e angústia”: “... os perigos são os destinos comuns de todos os seres humanos; são os mesmos para todos os indivíduos.”¹³⁸

A aids, no entanto, está diretamente associada à morte e a um estado no qual suas vítimas percebem que podem ser jogadas numa situação de desamparo, como já vimos. Diante dessa constatação, o *eu* de cada uma delas, exercendo seu papel de autopreservação, lança um sinal de alerta. Apropriando-me das palavras de Freud:

O sinal anuncia: ‘Estou esperando que uma situação de desamparo sobrevenha’ ou ‘A presente situação me faz lembrar uma das experiências traumáticas que tive antes. Portanto, preverei o trauma e me comportarei como se ele já tivesse chegado, enquanto houver tempo para pô-lo de lado.’ A angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele de uma forma atenuada.¹³⁹

¹³⁷ S. Freud. *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. p. 301.

¹³⁸ Id. *Inhibición, síntoma y angustia*. p. 141.

¹³⁹ Ibid. p. 155.

O sinal de angústia desencadeado pelo *eu* sinaliza para a ameaça de que aconteça uma situação traumática, a ameaça de castração e o sentimento que lhe é conseqüência: o medo da perda do amor (do exercício do cuidado) dos pais. Medos da ameaça de perdas narcísicas, como foi discutido no capítulo “*O eu: o eterno narciso*”. No caso da aids, há uma ferida narcísica, que não deixa de ser uma espécie de “castração” para o doente, no sentido de que lhe traz restrições e a ameaça da morte, que, para Freud, é análoga à angústia de castração. O *eu* emite o sinal de angústia - que avisa a aproximação de uma ameaça, com a notícia da presença do HIV no corpo - e recorre a estratégias de defesa, perante a ameaça de que ocorra uma situação que fuja de seu gerenciamento.

Dito isso, retomo o objetivo central desse trabalho, que é investigar as possíveis estratégias psíquicas utilizadas por doentes de aids diante dos obstáculos impostos por essa doença - incurável, estigmatizante e de tratamento penoso.

Parágrafos atrás, levantei a hipótese segundo a qual a aids é uma ameaça à integridade do *eu*, por isso geradora de angústia ou de um forte medo, levando o doente a recorrer a mecanismos de defesa, tal qual ocorre diante dos perigos internos advindos das moções pulsionais. Retomando as falas dos entrevistados, podemos supor a existência desses mecanismos antes mesmo da confirmação da soropositividade. O próprio fato da possibilidade real de confirmação do contágio parece desencadear um sinal de angústia e, com ele, o uso de estratégias psíquicas que têm por objetivo amenizar a realidade ou mesmo deformá-la. Vimos, por exemplo, o relato de Ivo de quando foi buscado em casa pela ambulância para fazer e receber o resultado de um exame de sangue e, mesmo apreensivo, não imaginava se tratar de um possível diagnóstico de aids, mesmo ele sendo um homossexual, que não se protegia, num tempo em que o imaginário popular muito associava essa doença à homossexualidade. *Eu achava que aqui em Rondônia nunca haveria aids, mas veio bem mais rápido do que imaginava.* Ou seja: de alguma forma ele pensava na aids, mas não como uma possibilidade dela se lançar sobre sua vida.

Helenita ouviu da médica que havia a suspeita de ser a aids a causadora da diarreia indomável que lhe atormentava há semanas. Chorou diante dessa menção e tomada pelo desespero, disse: “*É melhor descobrir logo, porque eu não agüento mais.*” Mas, ao ser chamada ao hospital, porque o resultado fora positivo, não ajuizou “o positivo” com a doença mencionada, meses atrás, pela médica. Registrou o nervosismo da assistente social, mas veio

a compreender “a posteriori” o significado daquele nervosismo; somente depois de lhe explicarem que “positivo” era equivalente a “soropositivo”. Ou seja: ela estava com o vírus da aids.

Ágata foi *tranqüila* doar sangue para poder fazer o exame, sem a preocupação - ou usando suas palavras - *sem a suspeita* de ser portadora do vírus da aids, pois embora o ex-namorado - com quem manteve um relacionamento por mais de dois anos - tenha lhe avisado que havia descoberto ser soropositivo, “optou” por considerar o fato de o namorado atual ser soronegativo. Logo, baseando-se no silogismo desse seu raciocínio, estaria incólume à aids também.

Dessa forma, perante o exame da aids, é comum o aparecimento de uma forte angústia e, não podendo suportar o peso da expectativa, muitas pessoas recorrem a mecanismos que distorcem a realidade, tornando essa situação menos árdua, a ponto de buscarem os resultados “tranqüilos”, “despreocupados” e, assim, eram surpreendidos (*impactados*) com a notícia. Sofriam um grande susto diante do resultado, como se fosse algo inesperado, uma informação vinda do nada, apanhando-os de surpresa, como quem é pego desprevenido por uma tempestade porque ignorou os sinais evidentes que se formavam no firmamento.

Se os sinais eram tão evidentes, indicando uma ameaça aterrorizante no porvir, como pôde ter sido ignorado, tratado como se não estivesse acontecendo?

A consciência da força da tempestade da aids parece ter obrigado alguns dos entrevistados a recorrerem a mecanismos que “deformaram” a realidade que se apresentava diante dos seus olhos. Baseando-me na teoria da angústia, acredito ser possível conjecturar que, diante do sinal de alerta frente à ameaça que se formava, passaram a *renegar* a situação, exatamente por não conseguirem administrar o peso das implicações da doença, caso ela viesse a se confirmar. Ou seja, antes mesmo da notícia, havia a dimensão do que seria o futuro se o resultado fosse positivo. Quanto mais fortes eram esses sinais, parece que maior era a força dos recursos que distorciam a gravidade da ameaça, fazendo com que agissem como se tivessem ignorado completamente a possibilidade de o exame apresentar o resultado positivo.

Nem todos os pacientes, contudo, conseguem “remediar” a angústia dessa forma. Muitos dizem que os dias próximos ao exame ou à entrega do resultado são deveras

angustiantes. Em outras pesquisas,¹⁴⁰ ouvi pacientes dizerem que a angústia do período antecedente ao recebimento do resultado era pior do que a própria confirmação da suspeita da soropositividade. Relatavam a experiência de enfrentar uma espera que durava em média três semanas, mas que, em muitas vezes, ultrapassava dois meses. Além disso, não era incomum ouvirem, no dia marcado para a entrega do resultado, que o sangue havia coagulado, fora insuficiente ou o frasco havia quebrado, como aparece no relato de Ivo. De tanto essas histórias se repetirem, a população rapidamente aprendeu que esse era um artifício para não se informar resultados positivos antes de um segundo ou terceiro teste. Bastava, então, isso acontecer (sendo verdade ou não) para o examinado entrar em angústia diante das incertezas e dos indícios que apontavam para o risco de ele ser soropositivo.

Dessa forma, encontramos entre os doentes de aids, tanto relatos sobre dias de padecimento diante de uma angústia indomável e falas que denotam uma capacidade surpreendente em conviver com a constatação de um fato e, simultaneamente, renegá-lo, como se não fossem eventos psíquicos contraditórios.

Essa reação em que o sujeito constata um fato e, ao mesmo tempo, parece não registrá-lo, levou-me a conjecturar uma possível associação entre essa reação dos doentes de aids e o conceito freudiano da *Verleugnung*, principalmente nos termos desenvolvidos no final de sua obra, em 1938, com os textos inacabados de “Esboço de Psicanálise” e “A cisão do eu no processo de defesa”. Nesses trabalhos, Freud defende a tese segundo a qual a mente funciona de maneira dividida, em zonas ou áreas que coexistem e se superpõem simultaneamente. Nesse processo, desencadeado pela *Verleugnung* e diferente do que ocorre a partir do recalque, não haveria conflito e sim a coexistência de dois tipos de ações psíquicas, uma registrando a realidade e outra repudiando-a.

A *Verleugnung* seria o mecanismo psíquico que levaria a essa divisão do *eu*. Esse termo, traduzido de várias maneiras¹⁴¹ (recusa, rejeição, denegação, renegação ou negação)

¹⁴⁰ J. J. Cedaro; Lúcia Regina de C. Barros. *A sexualidade e a morte para os portadores do HIV*. Porto Velho, 1994, 91p. Relatório de Bolsa de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq – Universidade Federal de Rondônia; e J. J. Cedaro; Roberta Lúcia M. Soares. Aids e subjetividade: o perfil psicológico do portador do HIV. In: *Pesquisa e Ação*. Porto Velho, ano 01, nº 01, p. 353-369, 2002.

¹⁴¹ Cf. J. Laplanche e J. B. Pontalis. *Vocabulário de psicanálise*. p. 436-7; P. C. de Souza. *As palavras de Freud*. p. 212-23; .E. Roudinesco e M. Plon. *Dicionário de Psicanálise*. p. 656; L. A. Hanns. *Dicionário comentando do alemão de Freud*. p. 303-13.

foi trabalhado por Freud progressivamente desde 1905¹⁴², ao escrever sobre as teorias sexuais infantis nos “Três ensaios da teoria da sexualidade”, quando menciona a recusa entre os meninos da falta de pênis nas meninas.¹⁴³ No entanto, segundo Penot, o conceito de *Verleugnung* aparece quando Freud analisa o caso do Homem dos Lobos¹⁴⁴ e, pela primeira vez, faz uma distinção desse mecanismo com o recalque (*Verdrängung*), pois naquele, diferente deste, “... a representação da realidade não é, de forma alguma, apagada da consciência e, além disso, o seu significado permanece com que em suspensão e não mais se abrisse para o julgamento.”¹⁴⁵ Dessa forma, esse famoso caso seria o protótipo para a descrição desse fenômeno dentro da obra de Freud, pois teria sido através dele que Freud tomou ciência de um tipo de repulsa em se reconhecer (“des-reconhecer”) a realidade da castração.

Em 1923, Freud, ao escrever “A organização genital infantil”, retoma os comentários feitos nos “Três ensaios...” (1905) e em “Sobre as teorias sexuais infantis” (1908), acerca da rejeição de crianças pequenas diante da constatação da ausência de pênis em algumas pessoas, falseando os fatos com afirmações no sentido de que o pênis existe também nelas, porém, é muito pequeno. No artigo de 1923, afirma: “Sabemos como as crianças reagem às suas primeiras impressões da ausência de um pênis. Contestam (*leugnen*) a falta e acreditam que elas realmente vêem um pênis, apesar de tudo.”¹⁴⁶ Para Roudinesco e Plon¹⁴⁷, é nesta obra que Freud inaugura o uso de *Verleugnung* como um conceito e não no caso do Homem dos Lobos, como defende Penot.

Em “Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), Freud faz novas referências a esse mecanismo, dizendo que não é incomum poder observá-lo em crianças, nos termos exatamente da recusa à castração. No entanto, adverte, tal mecanismo aparecendo na vida mental de adultos, pode ser o indício do começo de uma psicose. Com essa idéia, Freud introduz uma discussão no sentido de que o psicótico recusa a realidade,

¹⁴² Bernard Penot. Disavowal of reality as an act of filial piety. In: *International Journal of psychoanalysis*. London, v. 79, 1998, p. 27.

¹⁴³ S. Freud. *Tres ensayos de teoría sexual*. 1905, v. 7, p. 177.

¹⁴⁴ Id., *De la historia de una neurosis infantil*. 1918, v. 17.

¹⁴⁵ B. Penot. Loc. cit. .

¹⁴⁶ S. Freud. *La organización genital infantil*. (Una interpolación en la teoría da de la sexualidad). 1923, v. 19, p. 147.

¹⁴⁷ E. Roudinesco; M. Plon. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

enquanto o neurótico recalca os impulsos provenientes do id. Uma concepção que viria a ser renovada, dois anos depois, quando publica “Fetichismo” e relaciona a *Verleugnung* a essa perversão. O fetichista, segundo Freud, sofre uma cisão intrapsíquica ao constatar a falta do pênis nas mulheres, pois foi jogado no campo do angustiante pelo temor dele próprio ser castrado. Para se preservar diante dessa ameaça ao seu narcisismo, passou a recusar o visto (percebido) e colocou, ou melhor, fez uma substituição da falta por algum objeto que, na vida adulta, transforma-se em um alvo de satisfação sexual.

... no conflito entre o peso da percepção indesejável e a intensidade do desejo contrário, chega-se a um compromisso, tal como só é possível sob o domínio das leis inconscientes do pensamento – os processos primários. Sim, em sua mente, a mulher continua tendo um pênis, porém esse pênis não é mais o mesmo de antes. Outra coisa tomou o seu lugar, foi indicada como seu substituto, por assim dizer, e herda agora o interesse anteriormente dirigido a seu predecessor. (...) Podemos perceber agora aquilo que o fetiche desafia e aquilo que ele mantém. Permanece um indício do triunfo sobre a ameaça de castração e uma proteção contra ela.¹⁴⁸

Nesta mesma obra, Freud começa a fazer uma discussão que interessa para este trabalho. A *Verleugnung* seria uma saída possível encontrada pelo *eu* ainda frágil do futuro fetichista ao se deparar com a ameaça traumática de uma perda narcísica. Tal saída seria a recusa da realidade, embora não completamente, gerando uma clivagem no *eu* sem que isso lhe traga um conflito. Com essa constatação, Freud se põe a pensar algo que ele vinha discutindo na mesma época a respeito da perda da noção de realidade na neurose e na psicose. Ele havia se deparado com uma situação exemplar, na qual dois jovens, mesmo não psicotizando, renegavam a morte do pai. “Não haviam conseguido tomar conhecimento da morte” daquela pessoa querida, “havam-na ‘escotomizado’.” E acrescenta:

Desse modo, um fragmento da realidade, indubitavelmente importante, fora rejeitado pelo eu, tal como o fato desagradável da castração feminina é rejeitado pelos fetichistas. (...) Tornou-se evidente que os dois jovens não haviam ‘escotomizado’ a morte do pai mais do que um fetichista escotomiza a castração da mulher. Dentro da vida psíquica, uma corrente não reconhecia a morte do pai, mas havia outra que se dava conta desse fato. A atitude que se ajustava ao desejo e a atitude que se ajustava à realidade coexistiam lado a lado.¹⁴⁹

Surgia, assim, a hipótese de que a ação da *Verleugnung* implica na amputação do significado de alguma representação mental, sem, contudo, anulá-la, tal qual ocorre com o recalque. E, dessa forma, o desligamento do *eu* da realidade não seria completo, ou seja, de um lado registraria o fato desagradável proveniente da realidade externa e, de outro, o

¹⁴⁸ S. Freud *Fetichismo*. 1927, v. 21, p. 149.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 150-1.

repudiaria, conciliando dois afetos contraditórios. Seria uma *meia-medida* que atenderia tanto o princípio do prazer (*eu-prazer*) quanto o princípio da realidade (*eu-realidade*). E, diferente do recalque, que tenta proteger o *eu* a partir de um perigo (impulso) interno, a *Verleugnung* tentaria proteger o *eu* de um perigo externo, sendo obrigada a ser reeditada constantemente, porque o confronto com a realidade jamais cessa.

A *Verleugnung* é uma defesa que se entremeia no confronto entre *eu-prazer* e o *eu-realidade*. Sua ação corrobora os interesses do primeiro no sentido de introjetar o que é prazeroso e expulsar fatos desagradáveis, deixando intacta a função do *eu-realidade*, que é a de evitar danos e encontrar uma saída compatível para a obtenção de prazer, mesmo diante de situações adversas.¹⁵⁰ No caso do fetichista, o arranjo da *Verleugnung* foi feito no sentido de manter longe a possibilidade da ferida narcísica da castração ao atribuir às mulheres a posse de um pênis. A lógica é: se elas não perderam, não há mais risco da perda em mim também! Em relação aos rapazes que renegavam a morte do pai (um fato real), temos uma situação na qual conseguiam manter o teste da realidade (não psicotizando), ao mesmo tempo evitavam a dor do luto, pois não reconheciam tal perda.

No caso da atitude de alguns dos entrevistados, que declararam ter ignorado completamente a possibilidade de estarem contaminados quando fizeram os exames da aids, mesmo com fortes indícios para isso, temos uma situação equivalente. Diria que eles recusaram a possibilidade de estarem contaminados; uma forma de se livrar do campo do angustiante a que foram arremessados quando os sinais da presença do HIV em suas vidas começaram a aparecer. Seria a mesma *meia-medida* que a *Verleugnung* oferece aos fetichistas e ofereceu aos rapazes que escotomizaram a morte do pai - por meio da qual “princípio do prazer” e “princípio da realidade”, envolvidos na questão, passaram a coexistir lado a lado, com o mínimo de conflito.

Essa aproximação da *Verleugnung*¹⁵¹ com a reação de pacientes diante das ameaças da aids, torna-se, no meu entendimento, mais pertinente quando se considera a ampliação desse conceito em alguns dos escritos de Freud da década de 1930, com destaque ao “Esboço

¹⁵⁰ S. Freud. *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. 1911, v. 12; e *Pulsiones y destinos de pulsión*. 1915, v.14.

¹⁵¹ Proposta semelhante é feita por Lilian Weiss de A. Pedrosa em “A reconstrução de um conceito: uma reflexão sobre o conceito freudiano de *Verleugnung* a partir do atendimento a pacientes com AIDS.” São Paulo, 2002, 121p. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

de Psicanálise” e o artigo “A cisão do eu no processo de defesa” – já citados – e a carta aberta denominada “Uma perturbação de memória na Acrópole”, datada em janeiro de 1936. Nesta carta, em homenagem ao septuagésimo aniversário do amigo Romain Roland, Freud volta a fazer referências mais livres ao substantivo alemão *verleugnen*, como fazia antes de publicar o caso do Homem dos Lobos e de outras obras dos anos 20, nas quais a questão da *Verleugnung* aparece. Na citada epístola, Freud se refere ao que chamou de “desrealização” e “despersonalização” para o sentimento de *inquietante estranheza* diante da constatação de algum fato da realidade ou em parte de si mesmo.

Para meus propósitos bastará retornar às características gerais dos fenômenos da desrealização. A primeira característica consiste em que todos eles servem ao objetivo de defesa; querem manter algo distanciado do eu, visam a rechaçá-lo {*verleugnen*}. Assim, de duas direções aparecem elementos que reclamam medidas defensivas por parte do eu: do mundo externo {real} e do mundo interno dos pensamentos e moções que afloram no eu.¹⁵²

Dito isso, Freud passa a se referir aos mecanismos de defesa, citando o recalque como o principal deles para, em seguida, dizer que entre o recalque e os “métodos normais” utilizados para afastar da consciência aquilo que lhe é aflitivo (ou insuportável) existem outros “... modos de comportamento do eu, de caráter patológico mais ou menos nítido.”¹⁵³ Relembra, então, a história de um rei mouro ao saber que a sua cidade havia sido usurpada pelos inimigos, decidiu matar o mensageiro como uma forma de anular aquele fato indesejável e o sentimento de impotência trazido pela notícia. Dessa forma, o seu poder se mantinha, assim como seu “narcisismo” ficava intocado.

A idéia de se pensar em estratégias não patológicas para lidar com exigências do mundo externo que são aflitivas ao *eu*, voltou a aparecer em 1938, em “Esboço de Psicanálise”, quando Freud se refere às características do fetichismo como favoráveis para a observação da cisão do *eu* (*Ichspaltung*), em algumas situações em que sua integridade está ameaçada. No entanto, ressalta que a *recusa* (*Verleugnung*) de um evento desagradável ou de caráter ameaçador, presente na realidade externa, pode ser observada com “muita freqüência”, não só na dinâmica fetichista.

Recusas {*Verleugnung*} desse tipo ocorrem com muita freqüência e não apenas com fetichistas e, sempre que nos achamos em posição de estudá-las, revelam-se meias-medidas, tentativas incompletas de desligamento da realidade. A recusa é sempre

¹⁵² S. Freud. *Carta a Romain Rolland* (una perturbación del recuerdo en la Acrópolis). 1936, v. 22, p. 218-9.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 219.

suplementada por um reconhecimento; duas atitudes contrárias e independentes sempre surgem e resultam na situação de haver uma cisão no eu.¹⁵⁴

O fato de a *Verleugnung* ter se tornado um conceito inconcluso na obra de Freud alimentou a tendência à ampliação de seus significados, mais ainda do que ele próprio fizera. Penot afirma que em nenhum momento, mesmo nas obras finais, Freud incluiu essa operação psíquica entre os mecanismos de defesa do *eu*. Para esse autor, esta é a razão que levou alguns psicanalistas, começando pela própria filha de Freud, Anna, a classificar a recusa - “quase [sem] se embarçar”¹⁵⁵ - como um mecanismo de defesa do *eu*. Outros, como Octave Mannoni, afirma que a *Verleugnung* não é um mecanismo de defesa e sim um sistema de proteção do *eu* contra a castração e, por meio de um jogo de palavras, Mannoni procura aplicar o mecanismo da recusa em eventos do cotidiano. A idéia do diálogo entre o mecanismo que registra a realidade e outro que a repudia poderia ser expressa da seguinte forma: “*Eu sei que... mas mesmo assim...*”¹⁵⁶

Aplicando essa fórmula de Mannoni na fala de alguns dos meus entrevistados, teríamos o seguinte: “*Eu sei que... posso estar com aids. Mas mesmo assim... prefiro pensar que não... (ou: prefiro ‘des- reconhecer’ essa informação...)*”. Dessa maneira, podiam fazer o exame como se não houvesse fortes indícios para se preocuparem. Estavam protegidos da angústia e, pelo menos até o dia em que receberiam o resultado, poderiam continuar a vida sem ter que ficar pensando na ameaça da morte o tempo todo.

Essa atitude é semelhante ao que todos nós fazemos constantemente para podermos viver. Recusamos a morte, mesmo sabendo que ela é um fato; que um dia ela ocorrerá, “mas mesmo assim” agimos como se não existisse. Exceto em momentos específicos, como tragédias públicas recentes ou a morte de alguém próximo, pensamos nela como Helenita: *Será que no ano que vem vou estar aqui no natal?* Não a negamos, porque, como já foi dito, quem nega a morte, morre! Recusando-a e não a negando, estamos também afirmando que ela existe e que temos a consciência de que um dia iremos morrer. Diante da inexorabilidade da morte, todos fazemos uma cisão – uma “*Ichspaltung*”. Dessa maneira, ela se torna simplesmente “*a indesejada*”.

¹⁵⁴ S. Freud. *Esquema del psicoanálisis*. 1923, v. 23, p. 205.

¹⁵⁵ B. Penot. *Figuras de recusa aquém do negativo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 15.

¹⁵⁶ Octave Mannoni. *Chaves para o imaginário*. Petrópolis: Vozes, 1973, p 12 et. seq..

Em “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, Freud afirma que a recusa (*Verleugnung*) da morte é uma “atitude convencional e cultural”¹⁵⁷, fruto de sua irrepresentabilidade no inconsciente. O silêncio em torno desse tema seria uma defesa, uma maneira de se proteger do inevitável, colocando-a em segundo plano, numa vã tentativa de afastá-la simplesmente por não pronunciar o seu nome. Mannoni¹⁵⁸, dizia que o pensamento mágico e o emprego de amuletos para espantar o azar (leia-se: espantar a morte) é tal qual um fetiche; uma tentativa de renegar o indesejável e suas ameaças. Podemos pensar o ritual dos três toques na madeira, para exorcizar algum fato ruim, nada mais do que um ato que afirma a força da morte, ao mesmo tempo em que tenta afastá-la.

A morte é *precisa*, mas viver não o é. Por isso, para vivermos, precisamos recusá-la. Quando se pensa na morte, paralisa-se; ela nos coloca diante do nada, do negativo. Mas se a ignoramos por completo, não nos manteremos vivos. A saída é encontrar uma *meia-medida* entre resignar-se e recusá-la. De um lado, fazemos como nesses dois poemas de Drummond: “*Não aceitas teu fim como aceitaste os muitos fins em volta de ti*”¹⁵⁹ - e perguntamos: “*Quando alcançaremos o limite, o ápice de perfeição, que é nunca mais morrer... ?*”¹⁶⁰. De outro lado, temos que nos resignar, como no “Poema de natal”, de Vinícius de Moraes: “*Para isso fomos feitos: para lembrar e ser lembrados. Para chorar e fazer chorar. Para enterrar os nossos mortos (...) Para ver a face da morte – De repente nunca mais esperaremos...*”¹⁶¹

A recusa da aids, no tempo entre o exame e o resultado - e depois da confirmação da soropositividade, como explanarei no próximo capítulo - é decorrência da recusa de todos nós à morte. Nesse sentido, faço uso do termo *Verleugnung* de Freud. Uma estratégia possível dos doentes de aids ou de quem possa estar sob fortes indícios de que essa doença seja a *foice* do *anjo triste* da morte.¹⁶² Com o mecanismo da recusa, pode-se viver com a presença de uma realidade aterrorizadora sem ser sufocada por ela. Rejeita-se, mas, ao mesmo tempo, confirma-se a sua existência.

¹⁵⁷ S. Freud. *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. 1915, v. 14, p. 296.

¹⁵⁸ O. Mannoni. *Chaves para o imaginário*. p. 20.

¹⁵⁹ C. Drummond de Andrade. *Boitempo/A falta que ama*. Rio de Janeiro: Sabiá, 1973, p. 180. (*Tu? Eu?*).

¹⁶⁰ Id: *Corpo*. Rio de Janeiro: Record, 1996, p. 37. (*Aspiração*)

¹⁶¹ Vinícius de Moraes. “Poema de natal”. In: Ítalo Moriconi (org.) *Os cem melhores poemas brasileiros do século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 139-40.

¹⁶² Nessa frase, as palavras em itálico são referências a duas letras de músicas (“Longe do meu lado” e “Via Láctea”, respectivamente) escritas por Renato Russo depois de ter tomado consciência que era portador do vírus de aids. Ambas do álbum “*A tempestade – ou O livro dos dias*”, da banda Legião Urbana (1996).

A aids também se equipara à morte porque o soropositivo tem a consciência de que, mais cedo ou mais tarde, a doença virá, mas não sabe como e quando. Além disso, a aids traz consigo muitas ‘mortes’, sob a forma de dor e sofrimento. Consciente disso, muito antes da doença aparecer, o soropositivo se angustia, pois o anúncio da presença do HIV em seu corpo é o presságio dos perigos a que estará exposto; perigos que, de alguma forma, ele conhece de outras perdas já vividas.

Vou morrer; Botei na cabeça ia morrer; Pensei em fazer bobagens. São frases ditas pelos entrevistados ao relatar o momento em que souberam da soropositividade.

Com a aids, não haveria mais espaço para a vida. Entendiam que morreriam em breve e a vida que teriam dali em diante estaria submersa ao desprazer e à infelicidade. Ágata e Ivo pensaram na possibilidade do suicídio. Helenita se recolheu num “quadro depressivo” esperando a morte chegar. Walker encontrou uma justificativa para mais uma vez retornar aos comportamentos autodestrutivos. Não estavam abdicando da vida, mas tentando driblar o sofrimento - cada um deles, ao seu modo. Por exemplo: enquanto Helenita se fechava, desobrigando-se dos compromissos da vida, inclusive de cuidar do seu filho ainda bebê, Walker se expunha, arriscando-se em farras, com jogos, mulheres e constantemente embriagado - tentando ir ao limite entre a vida e a morte. A aids, ou a expectativa de terem aids, intensificava a maneira de cada um interagir com o mundo, principalmente no que se refere ao eterno embate entre desejo e realidade.

Piera Aulagnier diz que “se não está no poder do Eu recusar a morte, está em seu poder recusar a vida; mas quando assim age o que ele recusa não é jamais o viver ‘em si’, mas o sofrimento que viver exigiria.”¹⁶³ No caso da aids, isso se equivale. Se não há como recusarem a morte, é possível abdicarem da vida.

Quando os entrevistados falam do desejo de morrer ou de ações em direção à morte, estão acatando o comando de um *eu-narcísico*, cuja função primordial é *evitar o desprazer e a dor, antes mesmo de buscar o prazer*.¹⁶⁴ Diante da rede de privações que a aids impõe ao *eu*, a escolha parece se dirigir para aquilo que traz menos sofrimento. E morrer, nesse caso, pode ser uma opção, mas não como um desejo de deixar de “viver em si”, como diz Aulagnier, mas

¹⁶³ Piera Aulagnier. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985, p. 138.

¹⁶⁴ S. Freud. *El malestar en la cultura*. 1930, v. 21, p. 76.

de tentar se livrar da dor e do desprazer. Enfim, livrar-se de uma angústia paralisante. O que se pretende, portanto, é destruir o inimigo que fora incorporado e os sentimentos negativos que ele traz.

O prazer maior, nesta situação, seria destruir o HIV, mas como o teste de realidade do *eu* informa que isso é impossível, a alternativa pode ser buscar prazeres possíveis, ou seja, pode-se tentar suportar as dores e desprazeres trazidos pelas aids com algum prazer. Em outras palavras: se a escolha deve ser pela vida, o *eu* precisará aprender a conviver com a ferida que lhe foi aberta e talvez tirar algum prazer. Ou, apesar dela, ter algum prazer, como veremos no capítulo a seguir.

À “MEIA-MEDIDA”: O EU SE ENTRELAÇA À AIDS

*“O que muda na mudança,
se tudo em volta é uma dança
no trajeto da esperança,
junto ao que nunca se alcança?”*
Carlos Drummond de Andrade¹⁶⁵

Aprendi a não ceder... Eu levo a minha vida como posso. Não deixo a vida me levar. Ágata definia seu tempo de luta contra a aids depois de quase dez anos enfrentando uma batalha diária para não sucumbir à doença. De tempos em tempos, pensa em desistir; às vezes, diante dos contratempos, chega a dar sinais de desistência, suspendendo o uso dos remédios e outros cuidados necessários.

A aids faz do corpo do doente um campo de guerra, onde se armam inúmeras batalhas, nas quais vencedor e vencido são declarados a partir do sobe-e-desce dos índices retratados nos exames de laboratório ou pelo tamanho do hiato entre uma doença oportunista e outra. No entanto, para o soropositivo não há a perspectiva de vencer o inimigo completamente e as armas que dispõe podem perder o poder de fogo ou, até mesmo, virarem-se contra ele. Assim, a enormes sacrifícios, consegue apenas nocautear e dominar parcialmente o vírus, não havendo possibilidade do prazer supremo em vê-lo aniquilado.

Diante da constatação dessa desesperança, que faz o remédio virar sinônimo da própria doença contra a qual se trava um combate, Ágata dizia: *Por diversas vezes me passou na cabeça que... Eu não quero mais isso pra mim. Qual é o mecanismo? Baixar a medicação e morrer. Mas como eu não sei morrer, eu vivo! Frank é um instrumento, minha mãe...* Para Ágata, mãe e namorado são postos como *instrumentos* para continuar lutando, mesmo ela própria não tendo esperanças e sua médica se surpreendendo sobre como ela consegue permanecer viva com índices laboratoriais tão desfavoráveis. A mãe, Joana, e o namorado, Frank, seriam os instrumentos que a ajudariam a escolher a vida e “recusar o convite” da morte, embora o desejo de se livrar da dor e do sofrimento faça com que se encante, muitas vezes, com tal chamamento.

¹⁶⁵ In: *Corpo*. Rio de Janeiro: Record, 1996, p. 73.

Contrastando essa vivência de Ágata, temos Walker, que declarava: *Minha vida melhorou um tanto! Não vejo o HIV como um problema pra mim*. Segundo suas palavras, a soropositividade e a aids foram os motivos que o levaram a *reduzir o ritmo* e a romper com um caminho *acelerado de autodestruição*. Sem o HIV em seu corpo, dizia, a vida *talvez estivesse mais complicada ainda*. Em relação aos remédios, também diferente de Ágata, não sofria com seus efeitos adversos e tentava demonstrar “normalidade” diante da obrigação de tomá-los para o resto da vida. *Comigo é tudo normal. Encaro isso numa normalidade tão grande que não sei*. Em nenhum momento, desde que descobriu a soropositividade, precisou ser hospitalizado e a única enfermidade manifestada eventualmente era o herpes, que é precedente à aids.

Temos, assim, duas vivências distintas em relação à aids. Aparentemente, a luta de Walker contra o vírus é menos sofrida, a qual, inclusive, consegue transformar essa doença em algo benéfico para a sua vida e para a sua família. *Em vez de ser uma coisa ruim, foi uma coisa boa*. Para Ágata, por outro lado, embora conseguisse ter uma vida “normal” e apontasse a doença como um instrumento de mudança em sua vida, fazendo com que *deixasse* de ser a “*perfeccionsita, a egoísta e a centralizadora de antes*”, o discurso persistia em mostrar a aids como uma ferida aberta e que lhe traz muitos sofrimentos. Um peso muito grande para carregar sozinha, dando sinais freqüentes de desistência por não suportá-lo.

Tanto para Ágata quanto para Walker, a aids não só mudou suas vidas, mas se transformou num “instrumento” para mudanças. Diria que a aids foi incorporada à dinâmica psíquica de cada um deles, adentrando o jogo de forças entre desejo e defesas. Não havendo forças para derrotar o inimigo, a solução foi fazer uma aliança, um entrelaçamento, por meio do qual foi encontrado um lugar para esse inimigo “viver” dentro da própria casa, causando o menor incômodo possível e, talvez, tirando algum proveito. Uma medida diplomática – ou uma *meia-medida* - para se livrar ou, pelo menos, amenizar as dores das angústias e do luto diante das ameaças e das perdas sofridas.

Para esclarecer essa proposição, retomo os relatos dos casos, incluindo agora também Helenita e Ivo.

Ágata diz que o namorado e a mãe são os instrumentos para ela continuar lutando pela vida e não deixar o HIV tomar completamente todos os espaços do seu corpo, sem que ela

apresente qualquer resistência. No entanto, ao relatar o uso que faz da sua capacidade de lembrar os aniversariantes da família no intuito de se “*sobressair*” (isto é, ser amada) relata ter esquecido o aniversário da mãe e, meses depois, também o do namorado. Ficou dias a se *cobrar*; inconsolável mesmo quando sua mãe ressaltou que ela não é uma *máquina* para ser infalível. Não se perdoava por tamanho lapso, ainda mais devido a sua memória privilegiada para datas e números.

Terá sido coincidência esquecer exatamente o aniversário do namorado e da mãe, ou haverá algo de relevante para ter esquecido das pessoas que são, segundo suas palavras, os instrumentos motivadores na sua luta contra a aids?

Ao longo das entrevistas, Ágata demonstrou um forte envolvimento com essa pesquisa. Sua disposição e sua necessidade de poder falar de si, da sua *luta de superação*, como ela denominava, corrobora o material produzido no relato do seu caso. Assim como Helenita e Walker, Ágata também me conhecia em função do meu trabalho acadêmico no campo da aids. Dessa forma, posso dizer que não foi propriamente eu que os escolhi, mas eles que me escolheram, pois eu não sabia de seus nomes e muito menos quem eles eram. Tinha em mãos apenas informações genéricas como idade, tempo decorrido do diagnóstico da soropositividade e como estavam conduzindo o tratamento. Eles, por outro lado, tinham informações suficientes para decidirem participar da pesquisa ou não. “*Ah, é o Juliano. Então aceite!*”

O fato de eles terem me “escolhido”, ou melhor, terem escolhido se submeterem a essa pesquisa, indicava a existência de um campo transferencial antes mesmo das entrevistas iniciarem. Nesse aspecto, o caso Ágata é emblemático. Foi ela mesma quem me procurou e depois insistiu em saber uma data para o início das entrevistas. Posteriormente, quando agradei sua colaboração, respondeu dizendo: *Sabia que poderia confiar em você! Tenho muita admiração e afeição por você, pelo seu trabalho, pela maneira como conduziu as entrevistas sem julgamento.*

De fato, no momento das entrevistas, Ágata parecia-me bastante à vontade, mesmo diante de temas conturbados de sua vida. Ao falar de si, da sua história antes e depois do HIV, colocava-se numa posição de se “*analisar*”, como dizia. Essa sua disposição, que também apareceu nos outros entrevistados, permitiu que o campo transferencial estivesse estabelecido

nas entrevistas, as quais, embora não se constituíam com o objetivo de fazer “uma análise”, criaram condições para manifestações do inconsciente dos entrevistados.

Nas entrevistas, falando sobre sua relação com a aids, Ágata apontava para dois “papéis” dessa doença em sua vida. No primeiro, ela seria o “preço justo” a ser pago pelos erros cometidos. No segundo, seria um “*instrumento* para a sua *evolução*”, por meio do qual pode “*reprogramar*” a sua vida e voltar para um *caminho correto*.

A aids como um *preço justo* foi o tom do seu discurso na maior parte das entrevistas iniciais, em 2001 e 2002, embora, algumas vezes, mencionasse que ela seria um instrumento para deixar de ser “*egoísta, perfeccionista e centralizadora*.” Nas entrevistas finais, em 2004 e 2005, o tom havia mudado, tentando demonstrar que a aids não seria propriamente uma punição. *Durante muito tempo achei que o HIV era preço que eu tinha que estar pagando. Hoje não, eu vejo que o HIV é o instrumento para minha evolução. É por isso que estou aqui hoje.* No entanto, pouco antes dessa fala, havia dito: *Até hoje me culpo por não ter sido a pessoa perfeita, a boa filha. Se eu tivesse ouvido os conselhos da minha mãe não teria me envolvido com uma pessoa casada e que me infectou.*

A frase “*É por isso que estou aqui hoje*” ajuda a pensar essa questão da aids como uma punição *justa*. Essa frase havia aparecido, embora de uma maneira modificada, em outras entrevistas. Uma delas foi quando relatava a confirmação da soropositividade e pensou em se jogar debaixo de um ônibus, mas recuou. *Achei que não. Não tinha esse direito...*

“Direito de quê? Abreviar a vida ou se livrar do sofrimento?” – pergunto. E ela me responde que havia aprendido que o HIV teria um papel importante para seu processo de mudança, para poder ser uma pessoa melhor. Por isso, achava que a cura era indiferente para ela, embora recentemente “*já conseguia admitir querer ficar curada*”. E complementa: *Antes eu nem acreditava. Hoje eu sinto mais força. Chego a pedir ao Ser Superior para me curar.*

O HIV e a aids se incorporavam para além do seu corpo, agregavam-se também a sua alma. *Estar aqui* – ou seja, “estar viva”, seria também por causa do HIV. Como “preço justo” ou como “instrumento de evolução”, a aids não deixava de ser um corretivo para colocá-la no rumo certo. Para Ágata, viver é mais do que preciso; é também fundamental para expurgar os pecados cometidos.

Entre as falas paradoxais - citadas parágrafos atrás - ora culpando-se, ora colocando a doença como uma escada para alcançar patamares elevados na vida espiritual, disse que, em seus estudos da Projeciologia, havia descoberto que ela própria havia *programado* esse encontro com a aids, pois estava se *desvirtuando*. Como o seu ponto fraco seria a própria sexualidade e o uso do corpo para fins egoístas, o veículo ideal para corrigir esse caminho seria o HIV, uma vez que seus efeitos (incluindo o tratamento) afetavam exatamente essas questões e obrigavam-na a valorizar outros elementos da vida. Enfim, de *preço justo*, a doença se tornava um “corretivo justo”. Transformava-se em uma bússola, dando-lhe um norte como referência para os caminhos a serem tomados.

Para Ágata, a aids põe num mesmo campo todo o jogo paradoxal de sua vida: querer ou não querer ser mãe; casar ou não casar; acatar ou não acatar a moral religiosa transmitida por sua mãe; usufruir ou não da sua capacidade de sedução; ser egoísta ou alguém que se dispõe a se dedicar ao outro. Por fim, a doença fez aparecer um outro dilema: lutar ou não lutar pela vida. Em alguns momentos, dizia frases como: “*Eu estava... eu estou determinada a dar seqüência na minha vida.*” Em outras, quando falava do seu “*tratamento entre aspas*” por causa dos constantes vaivéns no uso dos remédios, disse: *A sensação que tenho é que estou voltando a beber a medicação não por mim, porque por mim eu pararia de viver.*

Tomar a medicação seria equivalente a não desistir, seria lutar apesar de todo o sofrimento, inclusive os trazidos pelos remédios. Acredita que, por ela, desistiria; mas haveria *outras pessoas envolvidas*, que funcionam como instrumentos para não se “*deixar morrer*”. Esses instrumentos são, principalmente, a mãe e o namorado, dos quais esqueceu o aniversário, exatamente na época em que começava a “*negligenciar*” o tratamento. Esqueceu-se daqueles que seriam o motivo e os principais incentivadores para ela continuar lutando. Com tal lapso, é como se esquecesse dela própria e, ao mesmo tempo, afastava da consciência as significações ambivalentes em relação às datas de aniversários, pois, enquanto comemoramos mais um ano de vida, também damos mais um passo em direção à morte.

Ao listar motivos para não ter filhos em função da aids, disse: “*Não gostaria uma criança dessa aqui.*” (Deixar?)

São dez anos já. [final de 2001] Acho que está chegando ao fim. Eu pensei assim: “Acho que está começando chegar o final” Porque a gente não vê pessoas com mais de dez anos, de quinze anos, com isso. Entendeu? É neurose! [risos] Sabe, achar que já passou tempo demais. Agüentei tempo de mais. Dez anos é o tempo suficiente.

Juliano: Dez anos é muito tempo?

Ágata: *Dez anos parecia muito tempo e passaram os dez anos, dez aniversários. Na realidade, os meus aniversários, passei a contar a partir da data que eu descobri que eu estava com o vírus. Dia 31 de julho [seu aniversário] passou a ser uma nova data [a Páscoa].*

Sobre os motivos da sua *negligência* ao tratamento, dizia que há neles *vários aspectos*. Um desses aspectos seria porque o remédio a faz lembrar da aids ao invés de curá-la. É difícil de ser ingerido, precisando tomá-lo com algo pastoso, como uma vitamina ou com o *caldo de caridade* que sua mãe lhe ensinou a fazer para tratar de doentes. *A minha mãe sempre diz assim. Até mesmo quando soube: “Minha filha tome um caldo de caridade todo o dia.” Não sei o que tem ‘de mais’ no caldo; porque só é água, farinha e manteiga.*

Entretanto, mesmo superando o *bloqueio* para tomar o remédio, graças ao caldo de caridade, ainda permanecia a *rejeição do organismo*. Relata: *É automático: bebi, estava normal, e aí começa toda a disfunção. Dor de cabeça, diarreia, boca amarga e seca todo dia e tudo mais.* Além de tudo isso, há também os outros efeitos adversos dos anti-retrovirais que lhe roubam a saúde e a beleza. *Não dá mais paciência. Então, são essas coisas que... Não que eu esteja querendo fugir, mas são essas coisas de que eu queria me livrar.* Em suma, essa fala última de Ágata é a maneira de ela expressar aquilo que a proposição de Piera Aulagnier¹⁶⁶ - citada anteriormente - já trazia. Ou seja: se não está no *eu* o poder de recusar a morte, está no seu poder recusar a vida, mas não o “viver em si” e, sim, o sofrimento que lhe é inerente.

A aids dá o tom das vicissitudes do viver, pois, ou a vida tem um gosto de punição a ponto de se resignar com a doença como algo inevitável devido aos destinos tomados pelo seu prazer (*“Eu vivo minha situação com resignação”*), ou se recusa a pagar um preço tão alto – e aí estaria se recusando a viver. (*“Esqueço de comer, esqueço de tomar o remédio. Fico desafiando o vírus o tempo todo, pra ver até onde posso ir, até onde eu suporto.”*). No entanto, como ela mesma vem a concluir, suas alternativas são poucas: *Como eu não sei morrer, eu vivo!*

Na vida de Helenita, a aids foi incorporada em sua dinâmica psíquica, porém - diferente de Ágata - não funciona como uma bússola, pois esse papel já é depositado em

¹⁶⁶ P. Aulagnier. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985, p. 138. (Ver página 209 deste trabalho).

Joaquim, seu marido. Ou melhor, ele é tudo e ela é nada; nada sem ele. A aids adentrou essa relação como uma “cola” que a mantém integrada a ele, ao contrário das drogas que o afastam dela. *Hoje eu te digo: a revolta que me causa mais é ver ele desse jeito* [se drogando]. *Desse outro problema* [da aids] *não tenho* [revolta], *não me incomodo*. *Eu tenho mais mágoa, mais raiva das coisas que ele faz no dia-a-dia, do que da doença*. A aids os mantém unidos, coloca a vida deles num lugar comum. Quando ela se hospitaliza, ele cuida dela, ficam no hospital juntos. Se não podem ficar juntos à noite, cedinho ele *dá um jeito* e *arruma* um carro para ir ao encontro dela. Nessas situações ele cuida também do filho deles, leva frutas e se mostra atencioso. *Ele é muito bom neste aspecto* – dizia, tentando ponderar com as outras atitudes do marido no cotidiano. Por outro lado, as drogas o colocam à distância, fazendo com que ela passe a noite *pastorando* no portão à espera de sua chegada. Para poder dormir passa a depender de psicofármacos, ficando, segundo suas palavras, *viciada* nesses remédios. *Viciada* como o marido e “viciada” no marido.

Nas primeiras entrevistas, já dizia sofrer mais “com o problema do marido” – o uso de drogas – do que “com o seu problema” (a aids). Pediu, então, que eu não mencionasse isso na pesquisa, podendo falar qualquer coisa a respeito dela, menos sobre tal aspecto, pois isso poderia magoá-lo. Ao ouvir esse pedido, imaginei que o material do seu caso estaria inviabilizado, principalmente porque sua vida “orbita” em torno do marido e nas entrevistas iniciais estava nítido sua dinâmica de dependência dele. Ou seja, se fosse para falar de Helenita, sem falar dos vícios de Joaquim, tornaria totalmente sem sentido a sua história e a questão da aids em sua vida.

Resolvi arriscar e manter as entrevistas conforme o programado, pois os conteúdos transferenciais manifestados por ela, desde os primeiros encontros, eram muito explícitos e indicavam um envolvimento forte com a pesquisa e isso poderia levá-la a rever sua posição, inclusive, porque eu havia combinado de lhe mostrar o texto das transcrições, no qual ela poderia decidir o que deveria ser mencionado no trabalho.* Além do mais, sua fala a seguir dá uma idéia da importância que era participar dessa pesquisa, como se fosse um espaço no qual conseguia se desgrudar da relação familiar e até mesmo do marido: *Mesmo que eles* [os

* Se ela mantivesse o pedido de excluir quaisquer informações a respeito da dependência do marido, comunicaria que infelizmente não poderia fazer uso do seu caso nesta tese. Isso não veio a acontecer, pois ao ler as transcrições percebeu os cuidados tomados para evitar identificação e, assim, autorizou a publicação.

parentes, o marido] *empatassem, eu viria* [fazer as entrevistas]. *Eu acho que é algo individual. É minha história. Mesmo trocando o meu nome, eu sei que estou lá.*

Mais que a expectativa de ter um registro da sua história, as entrevistas também tinham uma conotação que se aproximavam de uma psicoterapia e de um encontro amoroso - esta última talvez inconsciente para ela. Cada vez que se referia às entrevistas, denominava-as como “terapia” ou “consulta” e, em um outro momento, comparou-as ao atendimento psicológico oferecido pelo SAE, fazendo o seguinte comentário: *Eu digo para o pessoal de onde eu moro que eu venho aqui fazer uma psicologia mais profunda.*

Mais *profunda* porque se tratava de um espaço em que poderia falar qualquer assunto e não necessariamente das questões relacionadas à aids, inclusive de sua relação com Joaquim. Isso a fazia apreciar as entrevistas como uma oportunidade de *desabafar*; um espaço onde podia *deixar um fardo* a cada encontro. *Eu sei que pra psicólogo pode contar tudo.*

Para *psicólogo pode contar tudo* - ela dizia. Por isso, escondia da família do marido o verdadeiro motivo das entrevistas, pois eles não aprovariam ela participar de uma pesquisa na qual “poderia contar tudo”, principalmente de assuntos abafados no círculo familiar, como o fato de Joaquim usar drogas e de tê-la contaminado com o vírus da aids. Assim, as entrevistas ganhavam uma conotação de rebeldia, um lugar onde escapava de seus compromissos de “pessoa direita”, que cuidava do marido, dos afazeres domésticos e, poucas vezes, saía de casa para atividades fora da rotina cotidiana, como ir à igreja, à casa de parentes ou à peregrinação entre consultas e exames. Tal “rebeldia” fazia com que enganchasse nas entrevistas alguma dose de eroticidade. Um exemplo disso foi a constante associação que fazia entre os quartos de motéis que o marido ocupava para se drogar e o consultório onde eram realizadas as entrevistas. Dizia: *Ele não fica em lugar barato, não. Ele fica num lugar igual nós estamos aqui. Lugarzinho bom, com ar-condicionado, banheiro.* Noutro momento, falou que já havia pensado se o marido fosse igual a mim. *Limpo, normal, sem usar drogas.*

Seus investimentos “*no poder da psicologia*” também eram muito significativos. Dizia que, acima de tudo, depositava sua fé e confiança em Deus, mas *acreditava* nos médicos e nos psicólogos. Numa das entrevistas, relatou ter se surpreendido com o fato da psicóloga do SAE ter “*desmascarado*” Joaquim, principalmente ele, que afirmava contundentemente não precisar de “*fresco de psicólogo*”. *Com a dra. Letícia ele se lascou. Ele sempre mentiu, mas aí não sei o quê ela fez com ele... A psicologia, né? Vai indo, vai indo, até onde ele está.*

Podendo contar tudo para um psicólogo e com fortes investimentos emocionais nas entrevistas, Helenita, foi aos poucos, descrevendo sua relação de sofrimento e de deleite com Joaquim, na qual a aids se inseriu e destoou ainda mais a simbiose e os sentimentos ambivalentes ali presentes.

Nessa relação simbiótica, ela se coloca como “um nada”, um ser faltoso dentro de uma relação mortífera, pois, enquanto o marido investe narcisicamente na sua relação com as drogas, ela investe numa espécie de gozo masoquista na relação com ele, como se esperasse ser aniquilada e sentindo na pele a dificuldade de não conseguir se desvencilhar desse “vício”. *Eu digo pra ele: “Eu não sei o que estou esperando de ti. Estou esperando é só tu me bater.”*

Na última entrevista, relatou que, após ele ter “queimado” muito dinheiro com as drogas, incluindo o material de escola do filho e outros utensílios da família, foi obrigado a ir para “bocas de fumo” e não mais para os motéis caros. No entanto, depois do efeito das drogas, volta para casa e fica deitado no quarto deles, assistindo televisão e com o ar-condicionado ligado – *comendo do bom e do melhor*. Ao fazer esse relato, Helenita se vira pra mim e diz: *Pra que vida melhor, né Juliano?! Com isso vive queimando droga.*

O “queimar droga” de que ela fala são os anti-retrovirais, pois pelo fato de Joaquim se drogar, não consegue seguir corretamente a posologia dos remédios antiaids e isso faz com que ele “queime” esquemas de tratamento, obrigando os médicos a prescreverem novos exames e novos remédios. Dentro dessa dinâmica, Helenita se vê, novamente, como a primeira vítima desse descuido. Diz que é a primeira a *pagar o pato*, uma vez que Joaquim não obedecendo ao tratamento com rigor, começou a ter outras manifestações da aids, como a recidiva de uma tuberculose e o aparecimento de um tumor no braço. *E eu sou sempre quem paga o pato, porque fico junto, assim, cuidando. Tive que usar pomada no nariz porque se contamina através do nariz. Do jeito que pegava nele, podia também pegar em mim. E eu acabei pegando.*

Enquanto Joaquim “*queima*” os esquemas de tratamento contra a aids e o patrimônio da família para consumir drogas, Helenita se surpreende porque *ele não sente nada*. Queixa-se por padecer diante dessa situação, ficando com o corpo todo roxo, como se tivesse *levado uma pisa* por causa das preocupações com ele.

Nessa simbiose, temos: Joaquim de um lado, “*queimando*” drogas e, Helenita de outro, não conseguindo se adaptar aos esquemas de tratamento, ficando *no resgate*, à espera de novos remédios. Joaquim fazia a fogueira (*Já que estou no fogo* – dizia Helenita) e ela, como um inseto, sente-se atraída para se *queimar toda!* Coloca o seu corpo e a sua alma como palco para necessidades perversas do seu objeto de amor e ódio, dispondo num campo único eroticidade e autodestruição.

Dizendo isso, creio ser possível abrir espaço para uma rápida digressão. Na parte dos “Relatos”, ao discutir o caso Helenita, fiz uso da música “O meu amor!”, de Chico Buarque, sob forma de uma paródia (“Meu corpo é testemunha do ‘mal’ que ele me faz!”)* para explicitar as queixas de Helenita sobre o *mal* sofrido pelo seu corpo, enquanto a alma teima em não romper com o vínculo simbiótico e destrutivo com o marido. Da mesma forma da moça enamorada, cantada na música de Chico Buarque, ela demonstra prazer numa sujeição voluntária, porém num sentido inverso, fazendo o seu corpo dar os sinais de um mal sofrido, enquanto a alma se deleita. Dentro das amarrações simbióticas do seu casamento, ela poderia fazer uso de um outro trecho da mesma música para mostrar como cede lugar, no seu corpo, para os efeitos do jogo destrutivo entre ela e o marido. “*Rouba os meus sentidos. Desfruta do meu corpo. Como se o meu corpo fosse a sua casa!*”¹⁶⁷

Joaquim faz o movimento autodestrutivo quando vai atrás de drogas, mas não é ele a sentir os efeitos mais devastadores, porque, como ela diz, *ele é forte, ele não sente nada*. E ela, dentro dessa montagem, cede o seu patrimônio como se fosse dele, assumindo passivamente essa posição. *O que me faz sofrer nem tanto é a doença, mas é esse problema que ele tem. Eu passei um tempão sofrendo muito para fazer o tratamento, sentindo aquela coisa. Isso me faz um mal doido.*

Ela não se queixa da aids, inclusive não gosta que parentes ou amigos falem que o marido a contaminou ou façam qualquer queixa dele, exceto pelo fato dele usar drogas. Assujeita-se ao desejo de Joaquim (*Ele mata a pessoa devagarzinho, só no cansaço, só no desgosto!*), tendo se revoltado apenas quando ouviu dele que só estava com ela porque não tinha condições de lhe dar uma casa.

* Ver “Relatos: Helenita”, p.90.

¹⁶⁷ Chico Buarque. *O meu amor!* (disponível na internet em: <http://www.chicobuarque.com.br/letras> - acessado em 25/05/2005.).

Isso me deu uma raiva tão grande! Eu joguei tudo o que tinha... Nunca tinha jogado esse problema da doença em cima dele. Mas dessa vez eu joguei. Fui lá no fundo do poço e disse: “Muito bonito, muito interessante. Eu casei direito com você, sempre lutando contigo com esse seu problema e agora você vem me dizer isso. Foi a primeira vez que joguei na cara dele. Falei a verdade. “Se estou assim, desse jeito, você é o culpado.”

Ele revela que gostaria de se separar dela e isso faz com que, pela primeira vez, “*jogue na cara dele a verdade.*” O marido se defendeu da acusação, dizendo ter transmitido o vírus de forma involuntária. Ela responde: “*Eu não sei se foi porque quis, foi porque não quis.*” (Ele poderia ter feito isso?) *Não pela pessoa normal dele. A pessoa que eu conheci sem drogas não faria. Mas depois que ele endoida...*

Se Joaquim estava ciente da soropositividade quando a contaminou ou se ele contraiu o HIV depois de casado, talvez se envolvendo com um outro homem, como alguém comentou (*Nem quero pensar numa coisa dessas* – foi sua resposta), é tudo irrelevante, desde que ela possa ficar com ele. A dúvida, mesmo existindo, é secundária. Tais questões só aparecem quando ele expõe o desejo de não mais estar casado. Daí aparecem suas dúvidas, as suas mágoas e se lembra das falas da psicóloga e do médico para “não engolir” seus sentimentos. Vai ao *fundo do poço* (gesticula com as mãos como se tirasse algo de seu ventre, passando pela boca) e *joga a verdade na cara* de Joaquim e, depois, numa outra discussão, *na cara* da sogra.

Se para Ágata, a aids é um veículo que pode corrigir o rumo de sua vida, para Helenita é o veículo para mantê-la ligada ao marido. A doença entra no regime do seu prazer e faz contraponto com o uso de drogas dele, que ameaça dismantelar a simbiose entre ambos.

Em relação a Ivo, a aids entrou no seu círculo de solidão oferecendo outros elementos para justificar a vida solitária - mesmo *badalada* - de uma pessoa *fechada* e *retraída*, que tem muita vontade de partilhar seus sentimentos, mas há grandes dificuldades em fazer isso. Uma atitude, segundo ele acredita, iniciada na adolescência, quando percebeu seus desejos homoeróticos e não conseguia se desvencilhar da educação católica recebida, condenando tal maneira de se orientar sexualmente.

Foi coroinha, fez o crisma e chegou a sonhar em ser padre. No entanto, nesse mesmo tempo, os desejos sexuais intensos, próprios da adolescência, revelavam-se a contragosto de suas crenças. Deixou de se confessar e de comungar para, em seguida, abandonar o hábito de

freqüentar missas e outras atividades da igreja, embora sua fé permaneça e reze toda noite antes de dormir. Diz ter consciência de não poder *evitar* seus desejos, mas isso não o impede de achá-los pecaminosos, algo reprovável – incompatível com os desígnios religiosos. Contudo, a questão de se envergonhar com o ato da confissão religiosa e não se sentir digno de participar da comunhão, são pontos que se articulam com outros elementos de sua vida.

O confessar dos católicos significa expor falhas e desencavar segredos num ato de contrição, demonstrando arrependimento e busca por perdão, possibilitando ao fiel expiar suas culpas e ficar digno para participar de um banquete divino, ou seja, estar apto para partilhar uma oferta comunitária. Ivo não se confessa mais para um padre, mas este verbo aparece diversas vezes em sua fala e num sentido bastante próximo ao ato católico. Cada vez que ele se referia a uma situação em que precisou contar para uma pessoa sobre sua soropositividade, disse: “*Eu confessei para ela...*” Colocava-se numa posição de pecador, de quem fez algo errado. Ele poderia dizer “eu contei”, “eu revelei”, mas era sempre “eu confessei”.

Se era uma *confissão*, qual é o pecado? Ser um portador do HIV, um doente de aids? Seria por causa da maneira como contraiu o vírus? Ou, seria essas duas questões imbricadas, pois ter HIV o fazia se sentir *podre* e que *fede*?

Quando “*confessou*” para sua chefe estar com aids, pois precisava justificar suas ausências no trabalho, sentiu-se *aliviado* ao saber que ela tinha um filho homossexual. Dessa forma, ela poderia entender melhor sua problemática e isso o tornava menos solitário diante de seus problemas. Isso também havia acontecido quando “*confessou*” para um colega de trabalho que o percebeu abatido, logo após a descoberta da soropositividade. Esse colega falou de conhecidos seus na mesma condição de Ivo, embora alguns tenham falecido. Pediu para ele “*tocar o barco*”, pois “*enquanto há vida, há esperança*.”

Entretanto, Ivo não encontrou essa solidariedade em todas as pessoas. Quando decidiu se aposentar e “*enfrentar o processo*”, passando de mão em mão por alguns órgãos de seu trabalho, apareciam alguns “*solidários*” querendo saber sobre os reais motivos do seu pedido de aposentadoria tão precoce. Outro problema, segundo se queixava nas entrevistas, é a associação que algumas pessoas fazem entre o “*homossexualismo* (sic) e a aids.” Dizia se incomodar com o rótulo de que os homossexuais são “*culpados*” pela existência da aids e, principalmente, se alguém, ao ver um homossexual, pensa que ele tem essa doença.

Numa das entrevistas, em 2002, falou de um seminário sobre homossexualidade, restrito para homossexuais ou pessoas engajadas na luta pelos seus direitos, para a qual eu havia sido convidado - e ele sabia - a proferir uma palestra. Falou sobre tal assunto para poder exemplificar o quanto essa questão o incomoda, pois embora aquele encontro pudesse ser útil, por estar diretamente relacionado com temáticas da sua vida, entendia que poderia encontrar pessoas conhecidas de quando trabalhava num órgão público. *Se eu começo a aparecer muito nessas coisas, a conversa vai aumentando. Alguém conversa, me cumprimenta... Aí diz: “Eu vi o Ivo num encontro de aids!”*

Não era um encontro sobre a aids e em nenhum item da pauta constava essa temática. No entanto, o raciocínio de Ivo não estava equivocado. Tal evento era organizado por um órgão responsável pelo combate de doenças sexualmente transmissíveis e por algumas organizações não-governamentais que lutam contra a aids. Além disso, eu era um dos palestrantes, e embora convidado por ser professor da disciplina “Sexualidade Humana” no curso de Psicologia da UNIR, sou mais conhecido por pesquisar essa patologia. Entretanto, mesmo com esses receios, Ivo foi ao seminário. Ficou sentado no fundo do auditório, bastante acanhado. Falou comigo, rapidamente, no momento da minha saída do local.

Além desta situação, encontrei-o, fora do espaço das entrevistas, apenas uma vez, num local público. Novamente, bastante embaraçado, falou que estava *bem* e pediu o número do meu celular para poder me avisar quando terminasse de ler o texto com as transcrições das suas falas.

Essa postura de acanhamento também havia sido observada nas entrevistas, como descrevi na parte dos “Relatos”, embora ele tenha dito, algumas vezes, que aquele espaço era o único em que podia desabafar e falar de questões difíceis de ser compartilhadas. Nas entrevistas, dizia que sempre foi uma pessoa *fechada*, não conseguindo *se abrir para as pessoas*, embora desejasse fazer isso. Com a aids, havia *se fechado* mais ainda. Não conversava sobre questões íntimas, nem mesmo com a família ou com os amigos. Sobre o SAE, dizia que se sentia “*à vontade*” para conversar apenas com a médica – a dra. Dalva – na qual depositava muita confiança. *Eu sinto um apego por ela. Um apego de mãe.* Na fila de espera para as consultas, não conversava com os outros pacientes, exceto se alguém se dirigisse a ele. *Não toco no assunto. Mas se a pessoa tocar, eu converso. Se não tocar, mesmo estando lá, sendo consultado com o mesmo médico, pegando a medicação, eu não converso.*

Muito mais do que o incômodo em falar da aids, Ivo se incomodava em falar, em conversar com alguém. Retraído, só iniciava ou mantinha um diálogo se falassem com ele primeiro. Tal postura em relação ao mundo (às outras pessoas) foi transferida para as entrevistas e para a sua relação comigo. No começo, precisava ser “cutucado” para falar, mostrava-se arredio e suas frases eram sempre mínimas. Mas, no decorrer das entrevistas, passava a falar de seus sentimentos de uma maneira mais desinibida.

Esse comportamento inibido refletia sua vida, sua história. Com a aids, essas questões se exacerbavam, tornavam-no mais retraído, mais fechado e tinha um segredo a mais para guardar ou “confessar”. A vida dupla que levava por causa da homossexualidade, dividido entre o desejo e a crença religiosa, acentuava-se com a doença. *Eu acho que é mais difícil fingir que não se tem HIV do que ser homossexual. Você fica doente e não tem para onde fugir.*

Fingir para quem? Para as outras pessoas ou para ele mesmo?

Sua homossexualidade, às vezes, dava sinais através de seus gestos ou de suas vestimentas. Daí, se alguém olhasse fixamente ou fazia uma piada, irritava-se e ia tomar satisfações. *“O que está olhando? Não gosto de homem, não!”* Já a aids pode ser “denunciada” quando faz o tratamento, principalmente se adoece e precisa se internar.

Comparando a homossexualidade com a aids, nesse aspecto em que ele prefere mantê-las em sigilo, a primeira seria mais difícil de esconder das outras pessoas, pois sua maneira de agir, de falar e ou de se vestir anuncia sua preferência sexual, uma vez que isso faz parte da sua estrutura psíquica e está incorporado ao seu estilo de vida, assim como acontece com muitas pessoas, conforme suas identificações com os grupos dos quais fazem parte.

Em relação à aids, a dificuldade em escondê-la de estranhos é quando precisa fazer o tratamento. Excetuando essa situação, não há sinais que possam colocá-la em evidência a outrem. No entanto, é mais difícil de escondê-la de si mesmo. Quando adoece, como diz, *“não há para onde fugir”*, não há como renegá-la, até mesmo porque a dor se faz presente. Além disso, precisa tomar os remédios todo o dia e enfrentar seus efeitos colaterais, como as alucinações provocadas pelo *Efavirenz* ou a diarreia automática depois de ingerir o *Kaletra*.

Apesar desses contratempos e das dificuldades em fingir para si e para as outras pessoas que não é soropositivo, Ivo tentava viver como se não tivesse sido afetado pela aids.

Relatava que, aos poucos, mesmo com os efeitos adversos dos anti-retrovirais, aprendeu a automatizar o ato de tomá-los e não se preocupava mais em escondê-los de outras pessoas. *É uma coisa automática. Vou lá e tomo e nem lembro que é para o HIV. Às vezes, até falo para as pessoas que é uma vitamina.*

Essa mesma estratégia foi utilizada em relação ao companheiro, Manoel, com quem conviveu por mais de dez anos, sem contar sobre sua soropositividade, tendo feito isso somente quando Manoel começou a apresentar os sintomas da doença. Nesse tempo, Ivo agiu como se não portasse um vírus mortífero e fez segredo até mesmo quando a aids começou a se manifestar nele, em 1997. De um lado, ficava temeroso cada vez que o companheiro ia ao médico ou fazia qualquer exame e, de outro, deixava os remédios à mostra, na expectativa que Manoel os pegasse e descobrisse seu segredo. Assim, a vida de segredos e de solidão que Ivo vivia por causa da homossexualidade, estendia-se para a questão da aids.

Se a homossexualidade o fazia viver dois mundos, imersos em sentimentos ambivalentes, com a aids isso se exacerbava. *Os dois mundos*, como dizia, aconteciam dentro da sua casa. *Era uma coisa que guardava pra mim. E a minha convivência com ele era outra.* Via-se novamente preso num círculo de solidão, fechado em segredos dos quais tentava escapar, mas não sabia como fazer.

O segredo acabou revelado e, mesmo diante da culpa, havia o *alívio*, como se tivesse tirado *um peso*. Mas o que ele temia acabou acontecendo. Manoel começou a se afastar e ele foi se sentindo *excluído*. O segredo, pelo menos com Manoel, não havia mais, porém a solidão persistia. Manoel viajou para a terra natal, depois voltou e decidiram permanecer juntos, mas, segundo palavras de Ivo, *sem intimidades e como inimigos dentro da mesma casa*.

A aids entrava no círculo de solidão de Ivo, fortalecendo-o e apertando ainda mais suas amarras; obrigando-o a lutar contra os sentimentos de culpa e de menosvalia, contra os quais lutava antes da doença, por causa da homossexualidade, fazendo-o sentir-se “meio fora do mundo” – sempre *solitário e fechado*. A aids, assim como vimos com Ágata e Helenita, incorporava-se a uma dinâmica já existente, tornando alguns conflitos mais acentuados.

Com Walker, isso também pôde ser observado em seu discurso. Ele próprio dizia que a aids o fez *diminuir o ritmo*. Surpreendia-se como uma doença associada à morte lhe havia provocado mudanças profundas, por meio das quais tentava conter impulsos que o estavam

levando para um *processo acelerado de autodestruição*. Nas suas falas, buscava demonstrar como a aids o ajudou a ter um senso melhor da realidade e noção dos riscos a que se expõe, em função da sua compulsão sexual e ao jogo. *Pelo menos já cheguei ao discurso, já consigo visualizar, vislumbrar... As ações é uma questão de tempo.*

No início desse capítulo, apresentei essa visão positivada de Walker sobre a presença do HIV em seu corpo, contrastando com os discursos de Ágata, para quem a doença funciona como um mandato para corrigir a sua vida. Walker, por sua vez, dizia que a aids o havia ajudado corrigir o rumo de sua vida, porém, diferentemente de Ágata, não lhe atribuí um papel punitivo ou algo congênere. Entretanto, a relação de Walker com a aids, assim como acontece com Ágata e com os outros entrevistados, espelha sua dinâmica psíquica, ou seja, é um reflexo de como administra a sua busca por prazer e como reage aos obstáculos impostos pela realidade. A maneira como Walker se posiciona perante a doença, incluindo a condução do tratamento, reproduz sua história - sua história de *abandonos, inconstâncias, recomeços* e, sobretudo, de atitudes desafiadoras aos limites da vida. Todas essas questões, sempre presentes nas reminiscências do seu discurso, aparecem reeditadas quando fala da aids.

Sua vida é marcada por recomeços. A cada problema mais difícil de resolver ou quando se entediava com a rotina, mudava de cidade, de emprego ou abandonava a família. Essas decisões, mormente tomadas de forma passional, traziam, em pouco tempo, um desencanto tão intenso quanto o encantamento inicial em busca da mudança. A alternativa em face desse desencanto era radicalizar mais uma vez, tentar um novo recomeço. Com a aids, deparou-se com um problema do qual não há como fugir. Decidiu, então, mudar de vida.

Viu na doença uma nova possibilidade de recomeço e propôs a mulher *zerar tudo, começar do zero*, como num vídeo game. Esquecer do passado, das bebedeiras, das outras mulheres e de que ele a contaminou. Adotou *uma vida correta*, conforme suas palavras, e começou a apreciar esse “novo Walker” com o mesmo entusiasmo com o qual se encanta com todas as novidades. Empolgava-se com os hábitos regrados, com a convivência familiar, com a religião e até mesmo com o tratamento contra a aids. Mas essa empolgação perdurou por pouco tempo e logo veio o desencanto.

Ao falar dessas mudanças emitiu uma frase interrompida no meio, dando-lhe uma conotação dúbia. Disse: *Não tenho mais atração pela vida... por essa vida. Eu sinto isso. Eu não tenho mais essa atração...* Falava do tempo em que se embriagava e vivia *inconsciente de*

bar em bar; de um tempo que não lhe traria mais nenhum interesse. No entanto, a frase interrompida “*não tenho mais atração pela vida... por essa vida*” destoou dos significados que tentava dar à sua fala. Quando ele disse não “tenho mais atração por essa vida”, surgia a dúvida de qual vida estava se referindo? A anterior - boêmia e desregrada - ou, a atual, controlada e comedida?

Nas entrevistas posteriores começou a se queixar de que não estava mais conseguindo sustentar o estilo de vida que tinha tentado conduzir. Havia voltado a fumar e a religião não mais correspondia aos seus anseios. Aos poucos, as compulsões retornavam e, com elas, os comportamentos autodestrutivos. Precisou recorrer a tratamentos psiquiátricos e psicoterápicos, pois havia feito dívidas em jogos e os impulsos sexuais estavam ficando incontroláveis. Por causa das dívidas, voltou a participar de esquemas de corrupção, criando uma “*bola de neve*”, segundo definia.

Mesmo diante dessa situação, Walker dizia que, se não fosse a aids, a sua vida “*talvez estivesse mais complicada*”, pois, quando tomou consciência do HIV, “reduziu o ritmo”; o ritmo das compulsões que se repetem. Se as compulsões à repetição são manifestações das pulsões de morte, como postula Freud em “Mais além do princípio do prazer”¹⁶⁸, poderíamos pensar na aids como um encontro que Walker teve com a morte exatamente a partir de uma de suas compulsões. Um encontro “desejado” inconscientemente. No entanto, seria um encontro à distância, o suficiente para uma “satisfação” parcial, levando-o a reduzir o ritmo dessa busca.

Nas entrevistas, ele punha-se a pensar sobre essas questões e tentava dar explicações para esses comportamentos. Dizia que as compulsões nasciam de uma forte “*angústia*” e esta seria decorrente de uma *falta* que aparentemente nada conseguia preencher. Walker ficava imaginando se essa *angústia* e essa *falta* não seria um reflexo das marcas inapagáveis dos abandonos sofridos na infância.

Diante desse quadro sobre o qual dizia “*estar numa perdida*” e pedia para eu imaginá-lo como “*um cabra angustiado*”, a solução encontrada, mais uma vez radical, foi a de adotar uma criança. Acreditava que um filho poderia preencher os seus *vazios* e poderia resgatar o amor que não teve e que também não soube dar aos seus outros filhos.

¹⁶⁸ S. Freud. *Más allá del principio de placer*. 1920, v. 18, p. 39-41, pas. .

Feito isso, percebeu, após algum tempo, que havia, novamente, *metido os pés pelas mãos*. Desencantou-se ao perceber que a criança não lhe dava a paz que procurava, além de haver as responsabilidades de cuidar de mais um filho. E, assim, mais uma vez, recaía sobre a esposa a consequência de um ato seu. Ou, como ele dizia: a *consequência* das *inconsequências*.

Esse movimento repetitivo de se encantar e se desencantar com várias questões de sua vida, acabou se refletindo no tratamento contra a aids. O encantamento inicial deu lugar ao abandono completo do uso dos anti-retrovirais, cuja justificativa estava no fato de ter que levar o remédio para todo lugar e isso o limitava. Com essa decisão, adotava mais uma atitude de risco e, mais uma vez, rompia com algo que o fazia se sentir preso por obrigá-lo a se submeter a uma rotina e a uma responsabilidade cotidiana. A aids, portanto, foi incorporada no mundo de Walker de forma a atender às suas necessidades, seja porque lhe oferece um limite real entre a vida e a morte, obrigando-o a *reduzir o ritmo*, seja porque ele pode colocá-la num segundo plano e dar-lhe pouca importância, uma vez que ela não traz dor ou qualquer marca visível de sua presença. *A preocupação é quando sente dor, né?* Dizia preferir a aids ao câncer, pois este é *doloroso*, faz o enfermo *sofrer* muito e o *come por dentro*. *Se tivesse escolha, ainda prefiro (sic) o HIV*.

Para Walker, da mesma forma como vimos com os outros entrevistados, a aids é agregada a conflitos e a estratégias de funcionamento de suas dinâmicas psíquicas. Ela deixa de ser um evento *sinistro* e, aos poucos, insere-se no mundo do doente como se fizesse parte dele, enganchando-se na lógica peculiar dos desejos, defesas e sintomas de cada sujeito. Não significa que eles apresentam vivências comuns em relação à aids e, sim, que as estratégias adotadas para tentar reparar as feridas e para superar o luto, levam-nos a vincular a doença aos padrões de funcionamento psíquico. Dessa forma, os sentimentos e as ações de cada doente seguem um movimento para livrarem-se, em primeiro lugar, do desprazer trazido pela presença da aids, o que significa a tentativa de expulsar a doença e seu causador do corpo, obedecendo ao princípio do *eu-prazer*. Não sendo possível fazer isso, conforme constata o *eu-realidade*, a alternativa é conviver com a aids e, apesar dela, continuar a ter prazer. Nas palavras de Ágata: *É preciso que se diga que há vida depois da aids. Mesmo com ela, é possível ser feliz!*

Esse processo pelo qual a aids vai sendo, aos poucos, incorporada à dinâmica psíquica do doente é a resposta possível do *eu* ao angustiante que se instala com a notícia da presença do HIV no corpo, conforme apresentei no capítulo anterior. Uma estratégia, sustentada pela *Verleugnung*, que promove uma cisão no *eu*, fazendo com que o sujeito registre a realidade em que está inserido ao mesmo tempo em que a renegue. No entanto, o peso dessa realidade persiste e, às vezes, é muito maior do que o *eu* possa dar conta, pois a doença e seu tratamento trazem inúmeros contratempos e complicações; novas ameaças que levam o *eu* a estar envolvido constantemente pelo angustiante.

A luta do *eu* contra esse angustiante deve-se ao fato do HIV se apresentar como um sinistro e a presença desse vírus causaria também uma *inquietante estranheza* no infectado, pois o doente de aids se percebe *olhado* como “um diferente” pelo outro e, principalmente, por ele mesmo. A aids o transforma em *um estranho* e o coloca na vivência do sinistro, como descreve Freud em seu artigo *Das Unheimliche*, de 1919.¹⁶⁹

O termo *das Unheimliche* é mais freqüentemente traduzido como “o estranho” ou como “o sinistro”. Este último se aproxima melhor da descrição feita por Freud dos fenômenos de inquietação perante uma sensação lúgubre ou fantasmagórica.¹⁷⁰ Contudo, ambos os termos (*sinistro* e *estranho*) podem ser úteis para se discutir os sentimentos implicados na vida de doentes de aids, tanto no que se refere ao olhar voltado para si mesmos, quanto ao olhar dos não-infectados sobre eles e a doença. Freud, nesse artigo de 1919, discute tanto as atitudes defensivas das pessoas ao adotarem uma postura de “estranheza” e de rejeição a qualquer objeto ou fenômeno que lhe seja desconhecido, quanto à questão dessa mesma sensação também trazer alguma marca de familiaridade. “... o sinistro é aquela categoria do assustador que remete ao que é de conhecimento antigo, e há muito tempo familiar. (...) O sinistro seria sempre, de fato, algo que não se sabe como abordar...”¹⁷¹

No que diz respeito à aids e, principalmente, às pessoas vivendo com o HIV, essa assertiva freudiana é bastante pertinente, pois essas questões estão profundamente relacionadas com os fenômenos da natureza ou da cultura que assustam e, de alguma forma, mobilizam esse tipo de comportamento. Equivale a expressão “narcisismo das pequenas

¹⁶⁹ S. Freud. *Lo ominoso*. 1919, v. 17.

¹⁷⁰ L. A. Hanns. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 231-9.

¹⁷¹ S. Freud. *Lo ominoso*. p. 220-1.

diferenças”, também utilizada por Freud¹⁷² para se remeter à resistência inicial a tudo que é novo e aparenta ser diferente, não-familiar. Nesse “narcisismo” reside o horror ao desconhecido que, por sua vez, é um produto da angústia causada pelo não-saber. É a *mente* narcísica estranhando *o que não lhe é espelho* e se apavorando *com o que não é mesmo velho*.¹⁷³ Um inquietamento com aquilo que não é, a priori, sinônimo de familiar, mas, em uma observação mais detalhada, verifica-se exatamente o contrário, isto é, o assustador e aparentemente estranho, na realidade, é um familiar que não se sabe como abordar.

O *assustador e que não se sabe como abordar*, de que fala Freud sobre “o sinistro”, pode muito bem ser comparado à aids, pois ela nos remete aos *antigos* e *familiares* tabus em torno da sexualidade e da morte. Embora sejam fenômenos profundamente inseridos no cotidiano, não aprendemos a *lidar* com eles e os transformamos, pelo menos na cultura ocidental, nas maiores fontes de sofrimento. A aids toca nesses pontos e ganha a conotação de perigo, como uma ameaça fantasmagórica que não sabemos de onde vem e nem como lidar com ela.

A origem obscura da aids reforçou tal atitude. Embora não se tenha até o momento uma posição segura sobre como o HIV começou a infectar o homem, divulgou-se com maior ênfase de que ele seria originário de macacos africanos e teria chegado aos Estados Unidos por meio de haitianos infectados (diria-se: um povo exótico, diferente, não-familiar). Algumas pessoas chegavam a afirmar que a aids acometeria (somente) homossexuais, drogadictos ou indivíduos fragilizados como os hemofílicos.¹⁷⁴ Essas poucas e desencontradas informações sobre a aids, no início de sua história, alimentou esse tipo de crença e levou muitas pessoas a assumirem atitudes de pânico, transformando seus medos em condutas preconceituosas e discriminatórias aos soropositivos.

Um exemplo disso foi a massificação da expressão “grupos de risco”*, pelo fato de os primeiros casos notificados serem, em sua maioria, homossexuais ou hemofílicos - incluindo-se, posteriormente, os profissionais do sexo e os drogadictos. Tais pessoas passaram a ser

¹⁷² S. Freud. *El malestar en la cultura*. 1930, v. 21, p. 111.

¹⁷³ Trocadilho com um pequeno trecho da música “Sampa”, de Caetano Veloso. (Disponível na internet em: <http://caetano-veloso.cifras.art.br/cifra.413.html> - acessado em 25/05/2005)

¹⁷⁴ Kevin Cahill. *Sida. Síndrome da imunodeficiência adquirida*. Lisboa: Euro-América, 1983.

* Há alguns anos, profissionais de várias áreas se empenham para eliminar essa concepção. Procura-se mostrar que não existem *grupos de risco* e sim *comportamentos de risco*; que o contágio só ocorre em situações bem definidas e, por isso, esse tipo de medo e a discriminação são inconcebíveis.

rotuladas e enquadradas em grupos - visados como os mais propensos a contrair e a transmitir o HIV. Conclusão: deveriam ser evitados. O uso de tal terminologia (“grupo de risco”) é, na realidade, uma forma simplória de delimitar um problema, nomeando um “inimigo” que precisa ser afastado ou eliminado. Comparando: funcionaria como um objeto fóbico, do qual se passa a ter medo e se procura evitar, quando, na realidade (psíquica), a origem do problema está em outro lugar – a mente (desejos e resistências) do temeroso.

Muitas pessoas passaram a se sentir intocáveis, pois não se *enquadravam* em nenhum desses grupos e entendiam não ter “familiaridade” com aquilo que pode trazer o HIV e a aids para as suas vidas. Esse pensamento foi preponderante durante alguns anos na história da aids e ainda faz parte do juízo daqueles que insistem em marcar algumas pessoas como as responsáveis pela existência dessa doença.

Pergunta-se: esse comportamento seria como uma formação substitutiva, por meio da qual se circunscreveria um objeto para se ter medo ao invés de se angustiar com a inquietação perante o sinistro? Em outras palavras: no lugar do angustiante perante a ameaça fantasmagórica do HIV (que se arma em torno de nós e não podemos saber de onde vem) haveria um medo (*Furcht*), cuja origem é sempre conhecida e desse medo resultariam a discriminação e o escárnio às pessoas infectadas?

Nos relatos de Helenita, há um exemplo de como a aids e o portador do HIV podem despertar essa sensação inquietante de ameaça e de estranhamento. Trata-se da situação em que ela foi ao médico fazer uma endoscopia e, no meio do exame, decidiu falar para o profissional que é soropositiva. A reação dele, segundo o olhar da entrevistada, foi de susto (*mudou a personalidade*), seguida da ordem: “*Levante!*”, mesmo não tendo concluído o seu trabalho. Helenita estranha também a atitude posterior do médico ao avisar à cliente seguinte de que precisará esterilizar os aparelhos. *E se eu não tivesse falado? Quantas pessoas vão lá?* Essa experiência reforçou o sentimento de que a aids a torna “suja”, *não limpa*, da mesma forma como se sente na casa do seu pai pelo incômodo manifestado por sua madrasta, fazendo com que use copos e talheres exclusivos.

São situações que podemos imaginar difíceis de serem elaboradas, pois carregam a marca da rejeição e uma mensagem subjacente de que o soropositivo está incorporado por um grande mal; às vezes, como se ele fosse o próprio mal. Um tipo de olhar sobre a soropositividade que também pode ser compartilhado pelo doente, quando ele passa a sentir-

se como um sinistro de si próprio, incomodado por uma inquietação que se prolonga em função de um perigo que lhe deixa indefeso, trazendo-lhe medo e, sobretudo, um angustiante frente a uma ameaça fantasmagórica, pois não possui uma forma definida e que ataca de dentro do seu corpo, não havendo como fugir dela.

Walker usava com frequência a expressão “sou HIV” como se confundisse com o vírus invasor e perdesse a identidade, estando subjugado por uma força avassaladora. Como se dissesse: “Não me reconheço mais. Não sou eu, sou eu e o HIV. Agora sou HIV!”

Analisando os depoimentos dos entrevistados, podemos verificar que o vírus, aos poucos, passa a determinar os destinos da vida, ocupando um papel importante no exercício do desejo e se transformando num “outro” incorporado - não só no corpo, mas também na alma. Ou seja, seu lugar de ocupação se dirige para um campo para além da carne. Assim, a experiência inicial do vírus como um sinistro passa a ser incorporado psiquicamente. Esse invasor deixa de ser um estranho inquietador e se insere no jogo de forças entre desejos e defesas que moldam o sujeito, acentuando emoções e comportamentos que lhes são conseqüentes.

Isso acontecendo - o estranho se tornando familiar - acredito ser possível pensar numa possibilidade do luto incessante enfrentado pelos doentes de aids adquirir um espaço para ser suspenso, mesmo temporariamente. A partir dessa experiência do sinistro, que os transforma em *estranhos* para si mesmos e ao olhar de muitas pessoas, o HIV e a aids podem ser postos num lugar conhecido, de perdas e ganhos. A minha hipótese é de que isso abriria um espaço para as dores trazidas pela doença serem agregadas à dinâmica de funcionamento do *eu*, como num processo de adaptação. Assim, a aids ganharia um papel no palco das representações dramáticas dos embates intrapsíquicos entre desejo e defesas. Uma *meia-medida* que ajudaria a conviver coma a presença do sinistro, transformando a inquietante estranheza em um “mal-estar conhecido” e livrando o doente de um trabalho de luto que pode não ter fim. Uma *meia-medida* porque sua “eficiência” é temporária, pois a aids sempre traz novas perdas e implica em novas adaptações. Uma *meia-medida*, talvez, a única possibilidade de ação diante da ferocidade aterrorizante da aids e das *mortes* que ela traz consigo.

Essa *meia-medida* seria uma alternativa possível que garante ao *eu* fazer o registro da realidade ao mesmo tempo em que repudia a ferida narcísica causada pelo impacto da aids sobre seu corpo e sobre sua alma. Essa cisão no *eu* seria a alternativa possível sem romper

com a realidade diante de perdas irreparáveis. Com ela, consegue se libertar das amarras do angustiante e não se paralisar perante tantas limitações.

Se considerarmos a assertiva freudiana de que o *eu* busca evitar a dor e o desprazer - exceto se tira deles algum prazer - podemos entender que há um movimento para se libertar dessa situação. Tal movimento, graças à capacidade de síntese do *eu*, possibilitam ao doente esquecer ou mesmo se *livrar* da dor e do sofrimento associados à aids, mesmo que esse processo seja meramente temporário. Nesses momentos, há um movimento para tentar se libertar das *amarras* impostas pela aids e, assim, planos são refeitos e o ideal de felicidade deixa de estar atrelado à destruição do *inimigo* (o HIV, a doença). São *incorporados* à vida e, assim, pode-se planejar ser feliz mesmo sabendo que esses *inimigos* serão, provavelmente, uma sombra eterna. Em outras palavras, considerando a relatividade do tempo, é possível ser feliz mesmo inundado pela angústia e pelos contratempos decorrentes da doença. Não significa necessariamente resignar-se com a fatalidade e sim tentar viver com ela. São momentos em que não se submete ao angustiante e à desilusão do futuro. Não é preciso fingir, para si mesmo, que a aids não existe e, sim, colocá-la num lugar onde incomode menos. A dor e o sofrimento são postos num estado de “suspensão”, ficando-se livre para fazer outras coisas que não sejam fugir ou tentar lutar contra a aids. Libertando-se, mesmo temporariamente, descobre-se que há razões felizes para se existir. Arrisco dizer que, nesses momentos, a informação que se é um doente de aids é *compactada* em algum canto da consciência, como se o sujeito possuísse um “software” de computador que, diante de arquivos e programas indesejáveis, porém impossibilitados de serem eliminados, condensa-os para que possa haver espaço na máquina e a torne funcional novamente.

Isso é assim: eu trato disso, eu cuido disso como... Não é que eu negue, num sabe?! Não é que eu queira negar. Essa, essa é uma realidade né? É real isso, não posso negar isso! Mas eu procuro não dar tanta importância, assim posso ter, posso conseguir levar uma vida normal, estudando, trabalhando, tá entendendo? Sem ficar com paranóia, porque eu sou HIV. Então, eu procuro levar a vida normal, esquecer isso, né!

Walker

Eu raramente penso no HIV e na aids. Eu penso neles na hora em que eu me lembro de tomar a medicação. Me lembro só do remédio, não me lembro da aids... Fui criando isso com o tempo. Você vai fazendo isso com o tempo. Fica automático, e você não é obrigado a se lembrar. Não dá para pensar na aids o tempo todo. Isso sufoca a gente... Desse jeito, vou levando, vou vivendo... No começo, eu sonhava que tivesse cura, aliás, eu não sonhava, eu desejava que tivesse cura, até na época que eu fiquei sabendo que só existia o HIV. Quer dizer... HIV não! O AZT! Mas, hoje, aprendi a viver com isso... sem me iludir e ficar esperando as coisas acontecerem...

Ivo

O movimento para tentar se libertar da aids e o do HIV pode ser bem observado nesses fragmentos de falas: enquanto o Walker diz que não vai ficar com a paranóia por “ser HIV”, Ivo comete um lapso e diz que antes “só existia o HIV”. Nos dois casos, percebe-se que o HIV se incorporou à vida da pessoa, levando o infectado a confundir a si próprio com o invasor. Ou seja, esses fragmentos indicam que foram assujeitados, subjugados ao mal e, por alguns momentos, perderam até a identidade e a referência no mundo, como se estivessem alienados, confundidos com a doença.

Confundindo-se com a doença, o doente de aids parece mais do que nunca depender da força da sua libido para recuperar o sentimento de auto-estima e de dignidade. Os movimentos de expansão, de busca de *ligação* objetual e de integração, promovidos pela libido, faz-me supor que é ela a promotora desses momentos, nos quais tenta-se reconstruir a vida, colocando o HIV de lado, sem precisar negar a condição de soropositivo.

É evidente que são apenas momentos, pois o doente de aids está assujeitado aos contratempos da vida e aos revezes da doença. Uma frustração, uma notícia ruim ou qualquer outra experiência que se apodere das esperanças, fazem com que haja um novo recolhimento à dor e ao medo, turvando a visão da vida e abrindo brechas para tempos sombrios. Há momentos, portanto, em que a realidade comparece com mais força e envolve completamente o doente, não dando espaço para os sonhos. Acredito, em função disso, ser esse o motivo de não se observar tal atitude em pacientes hospitalizados ou nos primeiros momentos após a descoberta da soropositividade. Nessas situações, não houve tempo ou força suficientes para o *eu* se contrapor à realidade e se soerguer diante da arduidade dos fatos.

Com o tempo, aprende-se a domar a aids e o medo de uma morte breve. Retoma-se, por intervalos, a autonomia narcísica e a ilusão de se ter uma vida eterna e sem sofrimentos, assim como acontece com todos nós. Diria até que os ideais do *eu* renascem e se deixa de ser “*um HIV*” ou achar que, no mundo, “*só o HIV existe*”. Pode-se, como disse Ivo, viver “*sem pensar na aids o tempo todo*” ou, ter uma “*vida normal*”, como disse Walker. Em outras palavras, permite-se pensar *em si* e *para si*, como todas as outras pessoas o fazem. Deixa-se de ser *o doente*, o herói mortalmente ferido no seu ponto frágil; ou mesmo um *objeto* diante das “vontades” do HIV. Volta-se a ser sujeito, o “senhor de si”, na medida do possível,

mesmo que isso dure apenas breves momentos. Mas, como sabemos, a vida é feita de momentos.

Outros tempos sombrios virão para o doente de aids e ele sabe disso. Torna-se um Aquiles ferido no seu ponto frágil (no caso, o amor-próprio), mas também naquilo que o sustenta. Assim, mesmo sabendo que esse *calcanhar* nunca será cicatrizado, sabe também que o tempo lhe ensinará a pisar de outro modo. Sempre o tempo... “*Qualquer tempo... Nenhum tempo... Tempo, contratempo. Anulam-se, mas o sonho resta, de viver.*”¹⁷⁵

¹⁷⁵ Carlos Drummond de Andrade. *Boitempo/A falta que ama*. Rio de Janeiro, Ed. Sabiá, 1973 p. 148

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A eternidade não depende de nós
precários seres, manchados de limites,
incapazes de dar vida
a qualquer coisa que dure para sempre...
Tudo o que o homem faz é perecível
A começar pelo próprio homem.”*
Thiago de Mello¹⁷⁶

Se ela quiser se tratar, ela vai poder sobreviver por muito mais tempo.

- Você usou a palavra *sobreviver*, como se dissesse *sobrevida*. Você já pensou nisso?

Mais ou menos... Sobreviver significa que você poderia ter morrido há muito tempo, né? Ou há pouco tempo... Fazendo o tratamento você tem a oportunidade de viver mais tempo. Então, é isso. É saber que você pode continuar...

- A aids aproxima a morte?

Sim... sim... Claro! Porque se você pegar uma outra doença, pode ser fatal. Você vive assim: na constante, se cuidando...

Ivo falava de uma pessoa com o vírus da aids, assim como ele. No entanto, falava como um terceiro, observando de fora. Intervenho, remeto a questão a ele. Pergunto-lhe o que lhe significa o verbo “sobreviver”, que fora mencionado. Faz silêncio, fica reflexivo e o tom de sua voz muda. Muda também o campo de sua fala. Até então, estava ironizando a relação que mantém com o pai, para o qual “*não dá satisfações*”, principalmente da sua vida sexual, nunca tendo, inclusive, conversado com ele sobre a aids. Rindo, fala que sua mãe sabe da sua soropositividade, mas nunca “*tocaram*” no assunto, embora tal temática tivesse aparecido em diálogos recentes, por causa de uma amiga e de um parente que haviam descoberto, recentemente, que estão portando o vírus. Ainda sobre o parente, que teria contaminado a esposa, acrescenta: *É aquela coisa. Todo mundo abafa, mas acaba todo mundo sabendo.*

Finalmente, ele e a mãe conversaram sobre a aids, mas não em relação ao próprio Ivo. Embora tenham “aproximado” o problema, referindo-se à aids em parentes e amigos, falaram da doença a partir de fatos externos. A questão ainda permanecia fora da relação. A conversa

¹⁷⁶ In: *Poemas preferidos pelo autor e seus leitores*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002, p. 232.

teria ocorrido como se a questão da aids ocupasse, simultaneamente, dois lugares distintos. Ivo falava “de dentro do problema”, mas também se colocava como se tivesse “de fora”. Dessa forma, conseguia rir, debochar da dinâmica da família e dar um prognóstico para uma das pessoas, talvez, baseando-se na sua experiência.

Entretanto, ao relatar essa conversa com a mãe, usou a palavra “sobreviver”. Partindo dessa palavra, remeto a questão para ele: “Você já pensou nisso?”

Com a minha intervenção é arremessado para um outro campo, onde não cabe mais a ironia e os risos. Fica reflexivo, cabisbaixo e suspira profundamente - da mesma maneira que havia acontecido, quando lhe perguntei sobre “como é viver com o HIV”. Não é mais o primo ou a amiga da mãe a “sobreviver”, mas é ele, lutando contra o vírus e os estigmas da aids há quase 20 anos. Dentro desse novo campo, pensando sobre as próprias palavras, tenta-lhes dar um sentido: *Sobreviver significa que você poderia ter morrido há muito tempo, né? Ou há pouco tempo...*

Ter morrido há muito tempo; ou há pouco tempo... Ivo fica em dúvida.

Podemos inverter essas suas palavras e tirá-las do campo exclusivo da aids, ou de qualquer outra doença grave, pois, para todos nós, a dúvida é: “Viverei muito tempo ou viverei pouco tempo? *Quando a Indesejada das gentes chegará?*”¹⁷⁷

Quem sabe? Nenhum de nós sabe. E, exatamente, por não sabermos, somos arremessados dentro do campo do angustiante.

Este trabalho pôde acompanhar pessoas vivendo esse angustiante em uma situação extrema, pois se depararam com a presença de um vírus mortífero dentro dos seus corpos, fazendo com que precisassem redimensionar suas vidas, pois tal invasor torna essa dúvida mais forte. “Viverei muito tempo, ou viverei pouco tempo”, passa a ser emergencial, obrigando o doente, como disse Ivo, a *viver constantemente se cuidando*.

Vimos que a aids deixou de ser vista como uma patologia “terminal”, como se dizia no tempo em que Ivo se contaminou, mas ainda carrega esse peso, esse estigma. Além disso,

¹⁷⁷ Referência a um pequeno trecho modificado do poema “Consoada”, de Manoel Bandeira. In: *Estrela da vida inteira*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1987, p. 202.

traz muitas outras formas de “morrer”, entre dores e sofrimentos. Dores e sofrimentos tão fortes, que Ivo não deixa de se referir a essa doença colocando-a distante de si. Ele diz: “*Significa que você poderia ter morrido*”, ou “*Fazendo o tratamento você tem...*” O pronome “eu” é excluído, como que se tentasse excluir o registro de uma realidade na qual se encontra. É equivalente àquela fala de Helenita: *Será que no ano que vem vou estar aqui no natal?* Ou seja, de um lado, constata a realidade na qual está inserido, sabendo que precisa se tratar para “*poder sobreviver*”, e, de outro, tenta se colocar fora dessa situação. Enquanto Helenita “arremessa” a ameaça para um tempo longínquo, Ivo troca o “eu” por “você” e, assim, se exclui.

No entanto, para ambos, Ivo e Helenita, a morte e a aids são, de alguma forma, sinônimos. Quando soube da soropositividade, Helenita diz ter “*botado na cabeça que ia morrer*.” Ivo, falando a respeito de um terceiro, a amiga da mãe, diz: “*Se ela quiser se tratar, ela vai poder sobreviver por muito mais tempo*.” Ao dizer “*ela vai poder sobreviver...*”, é como se o encontro com a aids fosse também um encontro com a morte, do qual a moça sobreviveu e, para poder continuar sobrevivendo (isto é, poderia estar morta), precisa *querer* se tratar. Se fizer isso, terá uma “sobrevida”, ou seja, “*vai poder sobreviver por muito mais tempo*.”

Nesse fragmento, da última entrevista com Ivo, encontramos uma pequena amostra de como a aids afeta a vida de uma pessoa e como, desde a constatação de sua presença, passa a interferir nos destinos do soropositivo e, mais do que isso, a ser incorporada no seu “sistema psíquico”, assim como ocorreu no seu sistema de defesa biológico. Ainda nesse fragmento, há uma demonstração de como foi empregada a metodologia desta pesquisa, que pretendeu investigar as estratégias de doentes de aids para poderem lidar com tamanha ameaça, que traz a “indesejada das gentes” para dentro da própria “casa”. Isto é, para dentro do próprio *eu*, de uma forma densa, pois se passa a viver com um “inimigo” dentro de si, cuja ação dele é intempestiva e destrói exatamente o escudo que nos protege contra a morte.

O referencial psicanalítico funcionou como ferramenta para essa empreitada, na obtenção e análise dos dados. As entrevistas estiveram o tempo todo sustentadas pelo campo transferencial, até mesmo antes de serem iniciadas, pois os entrevistados chegaram para elas com fortes investimentos emocionais, seja pela confiança depositada em mim, seja pelo valor subjetivo de falarem de dores e sofrimentos para um profissional.

No decorrer dos encontros, os pesquisados demonstraram, sobretudo, um forte vínculo emocional comigo e com a pesquisa.

“Mesmo que mude meu nome, sei que estou lá.” (Helenita)

“Pela primeira vez participo de uma pesquisa, que não é uma pesquisa qualquer. Que tenho afinidade com a coisa.” (Walker)

“Através de você, de seu trabalho, posso contar minha história de superação.”
(Ágata)

“Espero que venham conhecer o trabalho, nossos relatos, que é uma vida difícil.”
(Ivo)

Por meio dessas frases, podemos perceber que, ao participarem desta pesquisa, tinham uma expectativa de prestar um depoimento para registrar a história de suas vidas, num lugar que o tempo não possa apagar.

Ao “escreverem” suas histórias, por intermédio de seus depoimentos, seria como se pudessem eternizar suas memórias, mesmo que estimuladas pelos tempos de aids. Assim, a aids persistia a “dar o tom” de seus destinos, pois ao contarem suas histórias para um trabalho acadêmico, justamente sobre essa doença, atrelavam definitivamente suas vidas a ela. Por outro lado, ao fazerem isso, buscavam uma oportunidade de *salvação*, nos vários sentidos que essa palavra pode ter. Salvação porque se trata de uma pesquisa sobre a aids, que pode ajudar no tratamento e no combate desta patologia; salvação porque era um espaço, nas entrevistas, em que podiam falar de sonhos, medos, perdas, enfim, *“deixar o fardo”*, como dizia Helenita; salvação porque, indiretamente, como disse Ágata, poderiam escrever suas histórias, pois sabiam que seus depoimentos iam para uma tese, seriam escritos. Ou seja, os entrevistados não apenas falavam, também *escreviam* “através de mim”. Com a vida entrelaçada à aids e a associação dessa doença com a morte, buscavam, na escrita deste trabalho, uma salvação diante da finitude, deixando o registro de suas passagens por esse tempo.

Assim, salvavam suas almas, pois, como repetia Clarice Lispector: “Escrever é uma salvação”.

Salva a alma presa, salva a pessoa que se sente inútil, salva o dia que se vive e que nunca se estende a menos que se escreva. Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria

apenas vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que não foi abençoada.¹⁷⁸

Escrever é, portanto, uma forma de *vencer* a morte, pois a escrita *eterniza* não só quem escreve, mas, também, aqueles sobre quem se escreve. Dessa maneira, os entrevistados e eu encontrávamo-nos numa aventura comum, embora nela ocupando posições diferentes.

O campo transferencial, além de dar a sustentação às entrevistas, foi fundamental para a análise do material colhido, pois, a partir de sua operação, foram produzidas rupturas, conforme assinalei no “Método”. A ruptura de campo, que expressa o processo interpretativo, estava presente nos vários momentos da pesquisa: no decorrer das entrevistas e, depois delas, quando escrevia minhas impressões, escutava as fitas para transcrevê-las e, principalmente, no momento de analisar o texto das transcrições.

Cada vez que nos pomos em ação para estudar um conjunto de significações humanas psicanaliticamente, gera-se um inconsciente relativo que comporta um saber transferencial do estudioso em relação ao objeto estudado. Quer dizer, é como se evocássemos uma transferência. O objeto nos fala, estabelece um campo transferencial semelhante ao estabelecido na situação de consultório, sem que para isso o livro esteja deitado no divã. Mas, de qualquer modo, quando o pesquisador se debruça sobre o seu objeto, pensando psicanaliticamente, cria-se um campo transferencial.¹⁷⁹

Nas entrevistas, a ruptura de campo acontecia em situações que podem ser ilustradas pelo diálogo com Ivo, citado no início dessas “Considerações finais”, ruptura essa provocada pelo impacto da minha pergunta sobre a relação entre os termos “sobreviver” e “sobrevida”. Da mesma forma, havia acontecido com Ágata, quando, no meio de uma das entrevistas, percebeu que procurava demonstrar atenção aos aniversariantes da família como uma “*arma*” para se “*sobressair*” entre eles, embora eles tivessem esquecido de seu aniversário. E, também, com Walker, que, ao ficar pensando nas conversas comigo, mesmo depois das entrevistas, começou a formular “teorias” sobre a “*loucura da sua vida*”, concluindo que o seu prazer estava “no risco” e não nos seus atos compulsivos para o jogo ou para o sexo. Lembrando de sua fala: *É a adrenalina. É justamente aí que está o pulo gato. Essa adrenalina que me faz inseqüente.*

¹⁷⁸ C. Lispector. *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004, p. 179.

¹⁷⁹ F. Herrmann. Uma aventura – A tese psicanalítica. (entrevista à Maria Emilia Lino da Silva). In: *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993, p. 138.

Contudo, o campo transferencial e o processo de ruptura de campo foram mais úteis para este trabalho no decorrer do processo interpretativo do material produzido pelos entrevistados, no momento em que me “debruçava” sobre ele, como diz Herrmann, e me dispunha a pensar sobre a rede de suas significações. Fazendo isso, havia uma ruptura no meu campo de olhar, passando a redimensionar minha visão e a ter novas compreensões do que é viver lutando contra uma doença como a aids. Nesse caso, romper o campo foi abrir espaço para “o-antes-não-pensado”, dando novas configurações ao objeto de estudo. A impregnação do campo transferencial aparecia, principalmente, no momento da escrita, pois a seleção dos fragmentos ou das falas dos entrevistados, assim como todo o processo de discussão do material das entrevistas, ocorriam, muitas vezes, sem o meu controle, como se, assujeitado a meu próprio processo associativo, eu estivesse funcionando “*per via de levare*”, como diria Freud.¹⁸⁰

Quanto ao campo transferencial, é importante salientar como se configurou a minha relação com os pesquisados, que, aos poucos, foram se desnudando, revelando seus cotidianos e suas epopéias para além do diagnóstico de “HIV-positivos”. Neste contato, suponho que passavam a dimensionar quais os segredos, intimidades ou sentimentos poderiam “ofertar” a mim, tendo apenas uma vaga idéia do que eu faria com aqueles “pedaços” valiosos de suas vidas. Assim, houve um trajeto de enriquecimento mútuo, no qual pude perceber que meu receio – pertinente - de que pudesse haver desistências, foi suplantado pelo cuidado, pelo zelo e pela dedicação recíproca ao compromisso firmado em nome desse trabalho. Eu os respeitava, no tempo de cada um, na dor engasgada ou na desorientação diante das ameaças trazidas pela doença; e eles, em resposta, demonstraram ter confiança em mim, boa vontade para falar de assuntos constrangedores e a disposição para resgatar sentimentos doloridos e lembranças que talvez desejassem manter adormecidas, sabendo não se tratar de uma psicoterapia ou análise. Portanto, mesmo se submetendo a procedimentos bastante parecidos com essas práticas profissionais, sabiam que, ali, não haveria o mesmo suporte, o mesmo retorno.

De minha parte, a questão se colocava em termos das dúvidas quanto aos modos de intervir, dos momentos propícios para perguntar e das repercussões daqueles encontros na vida dos entrevistados. A minha disposição era de simplesmente ouvir e, o mínimo possível,

¹⁸⁰ S. Freud. *Sobre psicoterapia*. 1905, v. 7. p. 250.

interferir com perguntas ou comentários. Mas impregnado pelo repertório psicanalítico, compartilhava uma ambientação constituída pelo campo transferencial, no qual a escuta favorecia que falassem livremente de si, sendo, inevitavelmente, “cutucados” em suas almas.

Pude constatar que as entrevistas provocavam um forte impacto neles, pois, invariavelmente, não deixavam de pensar, mesmo depois que elas terminavam, no conteúdo de suas falas, nas minhas perguntas ou nos sentimentos que se entremeavam a cada encontro. As entrevistas os *cutucavam*, obrigando-os a pensar em si e na aids e, principalmente, na maneira como estavam lidando com toda a situação desencadeada pela doença. Por tal razão, chegaram a dizer que “*muitas coisas*”, em suas vidas, haviam mudado desde que começaram a participar da pesquisa. Ivo salientou que “não sabia como”, mas as entrevistas tinham-no deixado “*mais corajoso*”, “*mais fortalecido*.”

Esse efeito das entrevistas sobre os sujeitos da pesquisa foi fundamental para a investigação do objeto de estudo, porque suas falas - ou a manifestação do impacto da relação deles comigo -, refletia seus modos de funcionamento psíquico. Assim, na conduta de Walker, ao me procurar para falar das mudanças nas versões que tinha sobre sua “*história de abandono*”, ou para perguntar sobre o que eu pensava da sua decisão em suspender o uso da medicação, aparecia sua necessidade de ter um amparo em termos de um ordenador psíquico externo, uma vez que esse senso lhe falta, ou, pelo menos, é muito frágil frente a todas as demandas da vida. Dessa mesma forma, evidenciava a sua relação com a aids, que passava a ser, em alguns momentos, esse ordenador, que o fazia “*diminuir o ritmo*”.

Cito também Helenita nesse processo, para quem as entrevistas ganharam uma valoração erotizada e, com isso, abria um espaço para se desgarrar da relação encapsulada com o seu marido, quando ia para as “*consultas*”, fazer uma “*psicologia mais profunda*”, num lugar tão bom e aconchegante quanto os quartos de motéis onde o marido ia se drogar. Transferindo para as entrevistas a dinâmica da relação simbiótica com o marido, demonstrava como a aids se incorporava em seu mundo psíquico como uma *cola*, ajudando-a a se manter vinculada ao marido. Da mesma forma, era a aids que a fazia se vincular a mim e, a partir desses deslocamentos, era possível uma apreensão de uma parte muito significativa de sua dinâmica psíquica.

Foi dessa maneira que esta pesquisa se construiu. Partiu do pressuposto que as doenças, sobretudo as crônicas e incuráveis, provocam um golpe no narcisismo do doente, fazendo-o recolher-se, numa tentativa de reparar a ferida. Um fato que, no caso da aids, possui alguns agravantes, pois ela é transmissível em atos de amor ou de busca de prazer. Ou seja: contrai-se o HIV fazendo sexo, recebendo sangue, sendo amamentado ou “comungando” alguns objetos - atos que envolvem uma doação ou uma entrega ao outro, portanto, revestidos de simbolismos fundamentais para o ser humano.

Tudo isso torna compreensível o impacto dessa doença sobre suas vítimas e a maneira como elas são “olhadas” pelas outras pessoas. Por esses motivos, os portadores do HIV e, principalmente, os doentes de aids, são afetados em questões relevantes da sua relação com o mundo e com eles próprios. Uma mudança marcada por perdas significativas, fazendo com que o aparelho psíquico seja obrigado a entrar num trabalho de luto para poder se desapegar do que fora perdido, e poder retomar os investimentos de outrora ou substituir seus objetos de amor. No caso da aids, temos um luto indelével, porque a doença é incurável e o próprio tratamento traz outras perdas. Nesse luto que não se encerra, o doente se vê preso num campo do angustiante, não tendo para onde correr ou se esconder, restando-lhe encontrar, em si mesmo, a chave que possa libertá-lo dessa situação.

Esta pesquisa pôde mostrar que, mesmo diante desse luto, dessa ferida que talvez nunca poderá ser cicatrizada, o *eu*, fazendo uso do seu poder de síntese, consegue driblar tal situação e encontrar meios para não ser paralisado diante de ameaças tão fortes, chegando de várias direções. Para que esse processo possa acontecer, foi verificado que ele depende, sobretudo, da sua capacidade e da sua força. Além disso, esse mesmo *eu* precisa ter um tempo para poder encontrar meios para amenizar o luto e conter as feridas.

No primeiro momento, quando o sujeito se descobre com o HIV, é difícil que escape do campo do angustiante, conforme acompanhamos nos “Relatos” dos entrevistados. O impacto da notícia traz uma demanda muito grande para que o *eu* consiga assimilar esse golpe. Por isso, esse primeiro momento seria marcado por um terror paralisante, por uma sensação de impotência para *se socorrer* e um sentimento que expressa uma desesperança quanto ao futuro.

São momentos sombrios para o infectado, que podem persistir por anos, fazendo com que ele imagine, a cada instante da vida, a cada data festiva, a cada encontro, que poderá ser o último. Há um confronto com um fato que rompe com a “ilusão nossa de cada dia”, segundo a qual somos intocáveis pelo tempo e pela morte e permanecemos eternamente jovens e saudáveis.

A partir do material obtido na escuta dos entrevistados em vários momentos, durante mais de três anos, creio que posso afirmar que essa pesquisa demonstra que a capacidade de síntese e adaptação do *eu* consegue fazer com que, mesmo tempos sombrios, que parecem prolongar a dor indefinidamente, podem ser suplantados. Assim, mesmo o sujeito imerso nesse angustiante, pode passar a vislumbrar novas formas de esperança e de felicidade. Ainda é possível ver novos horizontes, mesmo que se esteja dentro da tempestade trazida pela aids.

Denomino essa “virada”, essa suplantação, por parte do *eu*, da paralisia inicial presente no campo do angustiante, de *tempo da reconstrução*. Nele, percebe-se uma tentativa de resgatar a felicidade perdida e a esperança se sobressai ao terror e à paralisia. Trata-se de um movimento de libertação das *amarras* impostas pela aids. Ou seja, apesar das limitações, fazem-se planos para o futuro, resgatam-se sonhos perdidos. Nesse momento, a integridade do *eu* é retomada e as estratégias psíquicas se sobrepõem à impotência e à *desilusão*. No entanto, são sentimentos que estão assujeitados aos ventos da aids e à própria oscilação dos movimentos psíquicos do *eu*. Dependendo da força dessas oscilações, tais sentimentos de esperança podem se esfacelar em intervalos de minutos, flutuando ao sabor dos eventos cíclicos e imprevisíveis das vicissitudes da aids e do próprio *eu*.

Nesse movimento, surge a possibilidade de se aprender coisas novas sobre a vida e sobre si próprio, mesmo (ou por isso mesmo) diante da dor desse angustiante. Não defendo aqui, contudo, que a doença seja uma oportunidade do doente se tornar uma pessoa melhor, mais sintonizada com o mundo ou mais feliz. Entendo que a aids é um sofrimento em si - pura dor! Entretanto, diante das contingências da vida e da própria capacidade adaptativa do *eu*, existe a possibilidade de que haja um redimensionamento da visão do mundo e do resgate do amor-próprio, subtraído por uma doença que traz um duro golpe no sentimento de dignidade, levando a um luto incessante.

Além disso, a aids faz com que o doente se sinta um estranho em relação a si próprio. Resgata sentimentos do campo do angustiante, expressos no medo da perda do amor, da solidão e da morte. Pode-se dizer que está em questão a angústia de castração, que, atrelada a esse campo do angustiante, leva o *eu* a recorrer a mecanismos que possam protegê-lo dessa ameaça que se apresenta diante de si. Assim, no processo defensivo do *eu*, diante do angustiante gerado pela aids, a *recusa* é a alternativa possível - a *meia-medida* necessária para lidar com essa situação sem ficar paralisado. Isso acontecendo, o infectado cria uma possibilidade para se libertar temporariamente das amarras da aids, podendo viver como se ela não fizesse parte de sua vida. Nesse sentido, encontramos as seguintes falas: “*É automático, tomo o remédio sem pensar.*”; “*Não dá pra lembrar que se tem aids o tempo todo.*”; “*Levo uma vida normal, que nem sei.*”; “*Nem me lembro que tenho esse problema.*”

Podemos imaginar que a aids se “compactava” em alguma uma parte de suas mentes e, assim, obtinham um pouco de liberdade para amar, trabalhar, sonhar. Enfim, viver. De um lado, registrando a realidade e, de outro, recusando-a, protegendo-se do golpe narcísico sofrido.

A aids é, portanto, incorporada ao regime prazer-deprazer (*Lust-Unlust*) do doente e, também, pode alimentar o “mais além” das compulsões à repetição, como pudemos acompanhar no caso de Walker, para quem a aids se atrelava à sua luta interminável em busca do ordenador que não fora suficientemente interiorizado. Assim, a doença se vincula à rede de sintomas, desejos e defesas do sujeito. Em Ágata, por exemplo, o HIV se transformava num veículo de punição pelos “pecados” cometidos, ou um contrapeso que a fazia reencontrar o equilíbrio perdido, por ter se desvencilhado dos mandamentos religiosos presentes no discurso da mãe. Para Helenita, vimos como a doença pôde ser “usada” como uma “cola”, por meio da qual reforçava o encapsulamento dela com o marido. E, para Ivo, a aids se acoplava aos seus sentimentos de menosvalia e de “pecador” por ser homossexual, fazendo com que o casulo em torno dos seus sentimentos se tornasse mais endurecido, passando a ter mais dificuldade para expressá-los e compartilhá-los, mesmo com familiares ou amigos.

Dessa forma, o estranho contra o qual se luta é colocado num campo familiar; no campo das dores já choradas e já sofridas, com a quais se está acostumado. Ou seja, a aids passa a ser uma desventura conhecida. Fazendo isso, o *eu* consegue se soerguer, porque passa

a lidar com um território conhecido e não ameaçador. Deixa de ser sufocado pelo angustiante e consegue sobreviver na *meia-medida* possível. Assim, quando Ivo falava que a amiga da mãe vai *poder sobreviver por muito mais tempo, se ela quiser se tratar*, podemos entender, também, como uma sobrevivência do *eu*, se ele quiser (ou puder) se “tratar”.

Tratar-se, de que eu falo, é uma referência ao que eles, os pesquisados, falavam da necessidade de se cuidarem (*Você vive assim: na constante, se cuidando...*), pois como a aids não tem cura, precisam de um cuidado especial com eles próprios. O próprio Ivo dizia que não podia ficar *remoendo culpas*, porque isso *abalava* o seu estado clínico, deixando-o *mais abatido* e isso poderia *ser fatal* no caso da aids. Walker também dizia evitar se preocupar com a doença, do tipo “*Ó meu Deus, coitadinho de mim, vou morrer!*”, pois, segundo suas palavras, *o que mata é o comando que a pessoa dá ao cérebro*. Por isso, procurava ficar “*bem da cabeça*.”

Usando essa mesma expressão de Walker, Ágata atribuía aos seus “*pensamentos sadios*” o fato de, para a surpresa da médica, ainda estar viva, mesmo com seus exames mostrando uma tendência no sentido contrário. E Helenita, por sua vez, dizia que precisava tratar “*da psicologia*” com os psicólogos e com os remédios, e, do *espírito*, na igreja, que é, segundo ela própria, “*um refúgio*” para poder suportar a vida que tem.

Falavam de um cuidado especial com a própria alma, ferida pelo golpe no narcisismo de cada um, devido aos estigmas da aids; feridos no amor que eles têm por si próprios. Dessa forma, eles também necessitam de um tratamento para sua alma ferida. Um tratamento, fazendo uso das palavras de Fédida, “para Eros doente”.¹⁸¹

Esse mesmo autor afirma que as psicopatologias são um sofrimento que portam em si mesmas “a possibilidade de ensinamento interno” e a capacidade para a cura, “sob a condição de que sejam ouvidas por alguém”, um terapeuta que saiba usar a “justa proporção do amor” para ajudar Eros doente a se restabelecer.

É evidente que a aids não é uma psicopatologia, mas a forma como ela afeta a dinâmica psíquica do doente faz-me pensar na possibilidade de que o *eu*, diante do trabalho de luto indelével e da luta contra esse angustiante, tenha que buscar em si mesmo o poder

¹⁸¹ Pierre Fédida. *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta, 1988, p. 28 et. seq. .

para a “cura”. Isto é, a *cura* da ferida narcísica provocada pela doença. Mas como vimos, a busca em si mesmo não é suficiente, a dor precisa ser escutada “por aquele que está de fora, por aquele que é estrangeiro”.¹⁸² Tal necessidade talvez explique o investimento que colocavam nas entrevistas e a razão de suas buscas constantes por alguém que pudesse escutá-los: Deus, os amparadores, os personagens que apareciam nas mirações da *ayahuasca*, os médicos, os psicólogos etc. E em cada um deles, havia a clemência de São Francisco de Assis, citada na “Apresentação”: “*Ajuda-me a suportar o que não posso compreender. Ajuda-me a mudar o que não posso suportar.*”

Assim, essa pesquisa se encerra, mostrando que diante dos descaminhos da vida, da desorientação trazida por uma doença como a aids, é preciso dar voz ao sofredor, porque se ele não puder mudar o que não consegue suportar, pode, pelo menos, sentir-se compreendido. Sentindo-se compreendido, talvez possa mudar a própria vida que foi mudada pela aids.

*“O que muda para os pássaros,
a época em que trocam de plumagem,
é a adversidade ou a infelicidade,
[são] os tempos difíceis, para nós, seres humanos.
Uma pessoa pode ficar neste tempo de muda;
também pode sair dele como que renovada.”*
Vicent van Gogh¹⁸³

¹⁸² P.Fédida. *Clínica psicanalítica: estudos*. Op. cit., p. 29.

¹⁸³ Carta a Theo. Citada por Renato Mezan. *Tempo de muda. Ensaio de Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998c, p. 112.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Carlos Drummond (de). *Boitempo/A falta que ama*. Rio de Janeiro, Ed. Sabiá, 1973.
- ANDRADE, Carlos Drummond (de). *Corpo*. 9ª. Ed, Rio de Janeiro: Record, 1986.
- ARANTES, Maria Auxiliadora. *Pacto re-velado. Psicanálise e clandestinidade política*. 2ª ed. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- AULAGNIER, Piera. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.
- BANDEIRA, Manoel. *Estrela da vida inteira*. 14ª ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1987.
- BERNADET, Jean Claude; KEHL, Maria Rita; COSTA, Jurandir F.. Colóquio sobre aids. In: *Cadernos de subjetividade*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica (PUC), v. 5, n 31, p. 184-204, 1997.
- BIRMAN, Joel. In: *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1991.
- BIRMAN, Joel. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, Maria Andréa (org.) *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.
- BREUER, Joseph; FREUD, Sigmund. (1893-95) *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 2, 1993.
- CAHILL, Kevin. *Sida. Síndrome da imunodeficiência adquirida*. Lisboa: Euro-América, 1983.
- CAMARGO, Ana Cristina (de) A. C.. *Clínica extensa. A Psicanálise onde ela se faz necessária*. 2004, 115p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.
- CARVALHO, Euclides A. (de); BENTES, Francisco I. Aids (1980-97): o rastro da tormenta. In: *Revista USP (Dossiê Aids)*. São Paulo, Universidade de São Paulo, n. 33, mar/mai., p. 06-19, 1997.
- CAMUS, Albert. *A peste*. 12ª ed., Rio de Janeiro: Record, 1999.

CEDARO, José J.; BARROS, Lúcia Regina de C. *A sexualidade e a morte para os portadores do HIV*. Porto Velho, 1994, 91p. Relatório de Bolsa de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq – Universidade Federal de Rondônia.

CEDARO, José J.; FREITAS, Aryanne P. Aspectos subjetivos do portador do HIV na luta contra a aids: a adesão aos esquemas terapêuticos anti-retrovirais (ETARV). In: *Pesquisa e Ação*. Porto Velho, ano 1, nº 01 p. 340-352, 2002.

CEDARO, José J.; SOARES, Roberta L. M.. Aids e subjetividade: o perfil psicológico do portador do HIV. In: *Pesquisa e Ação*. Porto Velho, ano 01, nº 01, p. 353-369, 2002.

COSTA, Jurandir F. Narcisismo em tempos sombrios. In: FERNANDES, Heloísa R. *Tempo do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

COSTA, Jurandir F. *Razões públicas. Emoções privadas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DICIONÁRIO PORTUGUÊS-ALEMÃO. Lisboa: Porto editora, s.d. .

FÉDIDA, Pierre. *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FREUD, Sigmund. (1895) *Proyecto de psicología*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 1, 1994.

FREUD, Sigmund. (1900 [1899]) *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 4/5, 1994.

FREUD, Sigmund. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 7, 1996.

FREUD, Sigmund. (1905[1904]) *Sobre psicoterapia*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 7, 1996.

FREUD, Sigmund. (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 10, 1993.

FREUD, Sigmund. (1911[1910]) *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 12, 1996.

FREUD, Sigmund. (1911) *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 12, 1996.

FREUD, Sigmund. (1913 [1912-13]) *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 13, 1993.

FREUD, Sigmund. (1914) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993

FREUD, Sigmund. (1914) *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993.

- FREUD, Sigmund. (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1917 [1915]) *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1915) *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1916 [1915]) *La transitoriedad*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 14, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1917[1916-17]) *Conferencias de introducción al psicoanálisis (25ª Conferencia. La angustia)*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 16, 1994.
- FREUD, Sigmund. (1918 [1914]) *De la historia de una neurosis infantil*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 17, 1994.
- FREUD, Sigmund. (1919) *Lo ominoso*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 17, 1994.
- FREUD, Sigmund. (1920) *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 18, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 18, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1923) *El yo y el ello*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 19, 1996.
- FREUD, Sigmund. *La organización genital infantil*. (Una interpolación en la teoría da de la sexualidad). Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 19, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1924) *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 19, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1925) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 19, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1925 [1924]) *Presentación autobiográfica*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 20, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1926 [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 20, 1993.
- FREUD, Sigmund. (1930 [1929]) *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 21, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1927) *Fetichismo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 21, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1931) *Sobre la sexualidad femenina*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 21, 1996.

- FREUD, Sigmund. (1933[1932]) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (31ª conferencia. *La descomposición de la personalidad psíquica*). Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 22, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1933[1932]) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (32ª conferencia. *Angustia e vida pulsional*). Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 22, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1936) *Carta a Romain Rolland* (una perturbación del recuerdo en la Acrópolis). Buenos Aires: Amarrortu, v. 22, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1940 [1938]) *Esquema del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 23, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1940 [1938]) *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, v. 23, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1917 [1915]) Luto e melancolia. [tradução de Marilene Carone] In: Revista *Novos Estudos*. São Paulo: CEBRAP, nº 32, 1992, p. 128-142.
- FREUD, Sigmund. (1940 [1938]) A cisão do eu no processo de defesa. [tradução de Paulo César Lima de Souza.]. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 28 (53), p. 151-156, out. 1995.
- FREUD, Sigmund. (1914) À guisa de introdução ao narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. [tradução de Luiz Alberto Hanns et. al.] Rio de Janeiro: Imago ed., 2004. p. 95-131.
- GARCIA-ROZA, Luís Alfredo. Pulsão *Parénklisis* ou *Clinamem*? In: MOURA, A. *As pulsões*. São Paulo, Escuta, 1995, pp. 65-78.
- GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- HANNS, Luiz A. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- HANNS, Luiz A. et. al. Notas à tradução do artigo “À guisa de introdução ao narcisismo”. Rio de Janeiro: Imago ed., 2004. p. 121-131
- HERRMANN, Fabio. *Andaimes do real. Uma revisão crítica do método da Psicanálise*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1979.
- HERRMANN, Fabio. *Andaimes do real. Livro primeiro. Método da Psicanálise*. 2ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
- HERRMANN, Fabio. *O divã a passeio. À procura da psicanálise onde não parece estar*. São Paulo: Brasiliense, 1992
- HERRMANN, Fabio. Uma aventura – A tese psicanalítica. In: SILVA, Maria Emília Lino (da) (org.). *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.
- HERRMANN, Fabio. Investigação psicanalítica. In: *Jornal de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*. São Paulo, n.º 55/56, v. 30, p. 07-18, jan. 1997.

- HERRMANN, Fabio. *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- HERRMANN, Fabio. *Clínica psicanalítica*. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- HERRMANN, Fabio; Lowenkron, Theodor (orgs.). *Pesquisando com método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- HERRMANN, Leda A. F. *Andaimes do real: a construção de um pensamento*. 2004. 300p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica).- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. 7ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LISPECTOR, Clarice. *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.
- LOFFREDO, Ana Maria. *Angústia e repressão: um estudo crítico do ensaio “Inibição, sintoma e angustia”* 1975. 100p. Dissertação (Mestrado em Psicologia)> Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1975, p. 44.
- MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel; NETLER, Thomas. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993.
- MANNONI, Octave. *Chaves para o imaginário*. Petrópolis: Editora Vozes, 1973
- MELLO, Thiago. *Poemas preferidos pelo autor e seus leitores*. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002.
- MEZAN, Renato. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, Maria Emília Lino (da) (coord.). *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.
- MEZAN, Renato. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998a.
- MEZAN, Renato. Sobre a pesquisa em psicanálise. In: *Revista Psiquê*. São Paulo, ano 02, n.º 02. 1, v. 32, p. 87-97, 1998b.
- MEZAN, Renato. *Tempo de muda. Ensaio de Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998c.
- MINERBO, Marion; MANDELBAUM, Enrique. A narrativa Clínica. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 35 (64/65), p. 157-173, dez. 2002.
- MONZANI, Luiz R. *Freud. O movimento de um pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.
- MORICONI, Ítalo. (org.) *Os cem melhores poemas brasileiros do século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- NOVO AURÉLIO SÉCULO XXI. (dicionário eletrônico). Versão 3.0. São Paulo: Nova Fronteira, 2001, CD-ROM.

- PEDROSA, Lilian Weiss de A. *A reconstrução de um conceito: uma reflexão sobre o conceito freudiano de Verleugnung a partir do atendimento a pacientes com AIDS*. São Paulo, 2002, 121p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.
- PELLEGRINO, Hélio. Pacto edípico e pacto social. In: PY, Luiz Albeto (org.). *Grupo sobre grupo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- PENOT, Bernard. *Figuras de recusa aquém do negativo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- PENOT, Bernard. Disavowal of reality as an act of filial piety. In: *International Journal of psychoanalysis*. London, v. 79, p. 27-39, feb. 1998.
- PEREIRA, Mario E. C.. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Ed. Escuta, 1999
- PESSOA, Fernando. *Seleção poética*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro, 1971.
- PESSOA, Fernando. *Obras poéticas*. Rio de Janeiro: Ed. Aguillar, 1981.
- PESSOA, Fernando. *Livro do desassossego*. Campinas: Ed. da Unicamp, 1994, p. 120.
- PLATÃO. *O banquete* [ou, Do amor]. 8ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1999.
- POLIZZI, Valéria. *Depois daquela viagem. Diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com AIDS*. 14ªed. São Paulo: Editora Ática, 1998.
- ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.
- SÊNECA, L. Aneu. Medeia. In: *Obras*. 2ª ed., São Paulo: Atena Editora, s/d.
- SONTAG, Susan. *Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SONTAG, Susan. *Aids and its metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1988.
- SOUZA, Paulo César (de). *As palavras de Freud: O vocabulário freudiano e suas versões*. São Paulo: Editora Ática, 1999.
- TOCHTROP, Leonardo. *Dicionário alemão-português*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 1987.

ANEXOS

Porto Velho, _____ de _____ de 2001

À:

Coordenação do Serviço de Assistência Especializada ao Portador do HIV (SAE)

Nesta.

Senhora Coordenadora:

Dirijo-me a Vossa Senhoria no intuito de solicitar autorização para a realização de uma pesquisa junto às pessoas *soropositivas* ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que são atendidas por este SAE.

Proponho que os contatos com os entrevistados sejam intermediados por um dos profissionais de psicologia que atua no SAE, sendo as entrevistas efetuadas somente se houver consentimento por parte do paciente. Este, caso concorde em colaborar com a pesquisa, assinará uma autorização para a divulgação da mesma, ressaltando-se que em nenhum momento deverá aparecer quaisquer informações que possam revelar sua identidade.

Caso concorde com esta proposta, peço que assine a autorização abaixo.

Sem mais, despeço-me, agradecendo sua colaboração.

Cordialmente.

José Juliano Cedaro^Θ

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Sr. José Juliano Cedaro a realizar pesquisa junto aos pacientes atendidos pelo SAE (PVH-RO), conforme os termos mencionados acima.

Porto Velho, _de_____ de ____.

^Θ Psicólogo (CRP 01/6350-3). Professor do Departamento de Psicologia/UNIR (registro 1060). Doutorando em Psicologia/USP (nº USP 3024744). E-mail: cedaro@uol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro ao(a) senhor(a) entrevistado(a) e colaborador(a) desta pesquisa que realizo acerca do fenômeno HIV/Aids, que o material coletado será manuseado exclusivamente por minha pessoa, sendo as fitas (caso haja gravação) destruídas após a conclusão dos trabalhos. Além disso, caso deseje, poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, independente do motivo.

Informo que os resultados serão divulgados sob os preceitos éticos da ciência e em conformidade à legislação brasileira (em vigor) sobre tal assunto. Portanto, em nenhum momento aparecerá o seu nome ou quaisquer dados que possam levar a sua identificação ou de outras pessoas citadas.

Ressalto ainda que, tão logo conclua esta pesquisa, o material resultante será entregue à Biblioteca Central da Universidade Federal de Rondônia e à Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Por fim, caso concorde com a realização das entrevistas e com a finalidade para a qual elas se destinam, peço o obséquio de assinar o termo abaixo.

Atenciosamente.

José Juliano Cedaro*

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____ concordo com a realização das entrevistas com o Sr. José Juliano Cedaro, conforme os termos mencionados acima.

Porto Velho, _____ de _____ de ____.

* Psicólogo (CRP 01/6350-3). Professor do Departamento de Psicologia/UNIR (registro 1060). Doutorando em Psicologia/USP (nº USP 3024744). E-mail: cedaro@msn.com

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS e TERMOS UTILIZADOS

Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; sigla em inglês.

Anti-retrovirais (ARV): Nome dado às drogas utilizadas para combater a reprodução ou o metabolismo do HIV dentro do organismo humano. Entre as drogas citadas pelos entrevistados que aparecem nesse trabalho estão: o AZT (*zidovudina*), 3TC (*lamivudina*) e ddI (*didanosina*), que são inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos; o Efavirenz, que é um inibidor da transcriptase reversa não-nucleosídeo; e o Kaletra (*lopinovir*), inibidor da protease. [Disponível na internet: <http://www.aids.gov.br/final/diagnostico/aids.html> - acessado em 01/06/2005].

Ayahuasca: Chá alucinógeno feito a partir de um cipó da floresta amazônica, citado por alguns sujeitos da pesquisa pelo fato de terem feito uso dele em função de participarem de religiões (ou seitas) como a União do Vegetal e o Santo Daime.

Carga viral: É a quantidade de cópias de HIV por milímetro cúbico no sangue. O nível de carga viral é verificado por meio de um exame laboratorial.

CEMETRON: Centro de Medicina Tropical de Rondônia. É o hospital de referência, naquele estado, para o tratamento de doenças infecto-contagiosas, incluindo a aids.

CD4: Nome de um tipo de célula do sistema imunológico humano, com a qual o HIV possui tropismo (afinidade). A contagem dessas células por meio de um exame de sangue é essencial para verificar o nível de vulnerabilidade imunológica entre portadores de HIV/aids. Quando o nível de CD4 está abaixo de 350 mm^3 , frequentemente é recomendado iniciar o tratamento. [Disponível na internet: <http://www.aids.gov.br/final/diagnostico/aids.html> - acessado em 01/06/2005].

DST's: Doenças sexualmente transmissíveis.

ETARV: Sigla para *Esquemas de Tratamento Anti-retrovirais*.

HEMERON: Fundação de coleta e distribuição de sangue no estado de Rondônia.

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; sigla em inglês.

SAE: Serviço de Assistência Especializada aos portadores de HIV/aids. Órgão público por meio do qual foi feito o contato com as pessoas que foram entrevistadas para este trabalho.

SANTO DAIME: Religião (seita no discurso de alguns integrantes ou iniciados) que faz uso da ayahuasca em seus rituais religiosos.

SUS: Sistema Único de Saúde.

União do Vegetal (UDV): Religião (seita no discurso de alguns integrantes ou iniciados) espírita que faz uso da ayahuasca em seus rituais religiosos.

UNIR: Universidade Federal de Rondônia.