

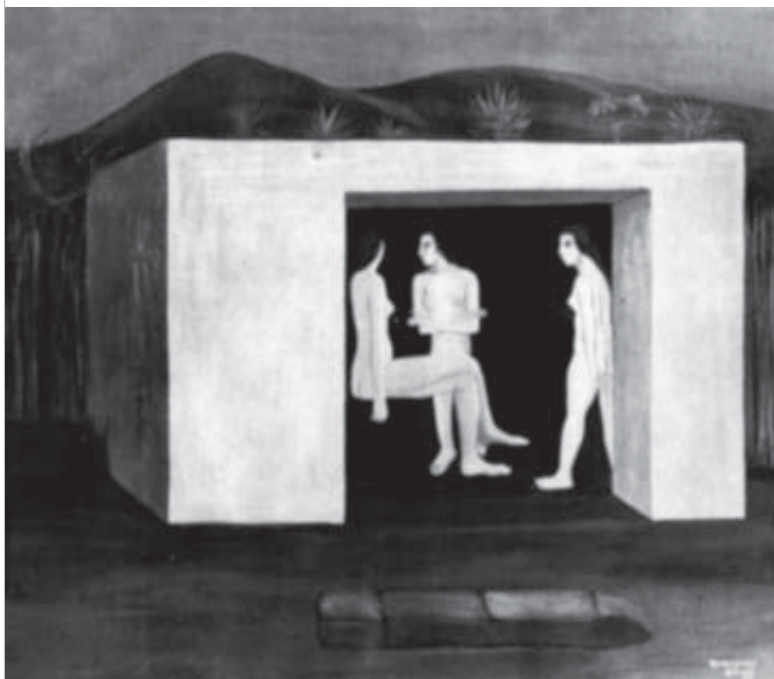
# Adoecimento Psíquico em Mulheres Portadoras do Vírus HIV: Um Desafio para a Clínica Contemporânea

Psychichological Illnes in HIV-infected women:  
A challenge for contemporary practice

**Joana  
Finkelstein Veras**

Escola de Saúde  
Pública do Rio  
Grande do Sul

Artigo





**Resumo:** Este artigo tem como objetivo aprofundar o entendimento e promover a reflexão sobre o sofrimento psíquico de mulheres portadoras do vírus HIV. Tomei como base minha vivência inicial de estagiária e atual de profissional, atuando em instituições que atendem pacientes com problemas clínicos infectológicos, entre eles, a infecção pelo vírus HIV. Sustentei-me em textos psicanalíticos, em estudos recentes sobre a problemática da Aids e no significado da morte real e simbólica, considerando a representação social da epidemia e suas repercussões na subjetividade. Destaquei o adoecimento psíquico das pacientes, expresso através do sofrimento melancólico, cuja decorrência foi relacionada a aspectos inconscientes da sexualidade, trazidos à tona frente ao diagnóstico, à confrontação com o tema da morte e à forma de subjetivação da sociedade contemporânea.

**Palavras-chave:** vírus HIV, adoecimento psíquico, melancolia, sexualidade feminina.

**Abstract:** This article aims at deepening the understanding and at promoting reflection on the psychological suffering of HIV-infected women. As a basis for this work I took my previous experience as a trainee and my current experience as a professional at institutions that take care of patients with clinical infectious conditions – among them, the infection due to HIV. Texts on psychoanalysis were my cornerstone, as well as current studies on the issue of HIV and on the meaning of the real and symbolic death. The social representation on the epidemic and its effects on subjectiveness have also been considered. I underscored the patients' psychological illness expressed through melancholic suffering – the last regarded - as related to the unconscious aspects of sexuality - brought up by the confrontation with the diagnosis, with the subject of death and with the subjective patterns of contemporary society.

**Key words:** HIV infection, psychological illness, melancholy, women's sexuality.

O interesse por escrever sobre este tema partiu de diversos questionamentos e reflexões que foram surgindo a partir da escuta de pacientes, principalmente mulheres, que convivem com o vírus HIV. Tenho contato com as mesmas desde a época em que realizei os estágios curriculares da graduação, em Psicologia clínica e comunitária. Atualmente, já formada, trabalho em outra instituição de saúde que também atende mulheres na mesma condição.

Embora cada pessoa tenha sua singularidade e dê significado à presença do vírus em seu corpo de acordo com a mesma, muitos dos conflitos manifestos nos relatos evidenciam questões em comum, principalmente no que se refere à confrontação com o tema da morte e aos sentimentos descritos pela vivência de ter o vírus da Aids, muito freqüentemente relacionados a características de estados melancólicos. Tristeza profunda, sentimentos de vazio, auto-estima muito baixa,

*Sexo e drogas continuam sendo temas tabus na contemporaneidade e, psiquicamente, o peso de carregar o estigma de promíscuo é devastador, pois leva à confrontação com aspectos inconscientes da sexualidade, com a castração, a proibição, questões narcísicas que, se não forem elaboradas, poderão aprisionar o sujeito num sofrimento sem fim.*

recriminações pessoais e relatos ligados à ambivalência em relação ao desejo de continuar vivendo foram alguns dos conteúdos que mais apareceram nos atendimentos, trazendo o levantamento de algumas questões.

Pode-se dizer que a Aids é uma condição de enfermidade crônica, uma síndrome controlável a partir de um tratamento de relativo fácil acesso por parte da população. Embora se saiba que toda doença vem acompanhada de perdas e desperte angústias frente à condição a ser vivida e aceita, chamou-me a atenção a intensidade com que apareceram os conteúdos trazidos pelas mulheres atendidas, como se a vida se resumisse ao fato de ser soropositiva. Considerando essa experiência de escuta, discuti, neste artigo, o sofrimento psíquico de mulheres portadoras do vírus HIV. Não tive a intenção de trazer respostas conclusivas. Busquei aprofundar o entendimento e promover a reflexão sobre alguns aspectos inconscientes ligados a essa condição. Baseada na teoria psicanalítica, em estudos sobre a morte, na representação social da Aids e da subjetividade feminina nos tempos atuais, procurei destacar que a realidade do HIV se coloca como um desafio na clínica contemporânea.

## Contextualização social da Aids

Desde seu surgimento, a epidemia da Aids tem passado por várias transformações. Deixando de lado o status de doença relacionada a determinados comportamentos de risco, a relação heterossexual, atualmente, é uma das formas mais importantes da transmissão do HIV. O número de mulheres em idade fértil infectadas pelo vírus representou 85,5% dos casos de Aids na população feminina no período 1980 - 2002 (COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, 2005).

Ao mesmo tempo, houve também uma significativa mudança no tratamento oferecido à população portadora do vírus, tornando o Brasil um dos países de referência mundial

nesse sentido. Atualmente, 100% das pessoas que preenchem os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde têm acesso ao tratamento (consultas e medicamentos necessários) através do capital destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso possibilitou qualidade de vida aos indivíduos portadores do HIV e aos doentes de Aids (COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, 2005).

A representação social da Aids ainda continua muito carregada de preconceitos. Inicialmente, falava-se na existência de grupos de risco (Lima, Kiffer, Uip, et al., 1996), em que seus supostos componentes seriam “promíscuos ou doentes”, o que tornava a Aids uma doença do outro. Essa negação influenciou a dimensão que tomou a epidemia, pois, ao invés de prevenção, o que se fazia era segregação, como se os ditos grupos de risco não pudessem ter contato com os ditos grupos sem risco. Atualmente, o peso dessas crenças continua a repercutir, embora as informações em relação ao tema estejam mais claras. Sexo e drogas continuam sendo temas tabus na contemporaneidade e, psiquicamente, o peso de carregar o estigma de promíscuo é devastador, pois leva à confrontação com aspectos inconscientes da sexualidade, com a castração, a proibição, questões narcísicas que, se não forem elaboradas, poderão aprisionar o sujeito num sofrimento sem fim.

## Sobre o HIV e suas repercussões psíquicas

Em relação à questão da morte, parece evidente que um diagnóstico positivo para o vírus HIV evoque esse tipo de fantasias e pensamentos; afinal, além de a Aids ser uma epidemia mundial que já dizimou muita gente, seu significado passa por outro tipo de morte: a psíquica. Os acontecimentos que marcaram a história da epidemia evocam a morte, vivência que o sujeito desconhece, ou conhece através da experiência do outro, não sendo um registro do que se passou consigo mesmo. Freud (1915/1988), em seu texto sobre a morte, colocou

que “é impossível imaginar nossa própria morte, e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores” (p.327). Dessa forma, pode-se dizer que a angústia presente nos pacientes soropositivos também tem relação com essa confrontação com o desconhecido, que se mostra de forma antecipada durante a vida e que, quando for conhecido, não terá seguimento. Por isso é que Freud coloca que nunca estaremos suficientemente prontos para aceitar a morte. No inconsciente, estamos convencidos de nossa imortalidade, pois vivemos na impossibilidade de pensar e de falar sobre uma experiência pela qual nunca passamos, colocando-nos frente a nossas limitações, o que desafia nossa onipotência. Parece que surge aqui uma ironia, um impasse, já que, como terapeutas, supõe-se que devemos trabalhar as perdas dos pacientes, independentemente de as termos vivido ou não. Entendo a afirmação do autor no sentido de que, em vida, nunca estaremos prontos o suficiente para falar sobre a morte, já que não temos registros pessoais dessa experiência, e, no momento em que a vivenciarmos, estaremos na impossibilidade de falar sobre ela. Porém, é possível trabalhar com as representações da morte, com as formas como, na vida de cada pessoa que chega a nós, foi possível agir e, posteriormente, colocar em palavras essas representações.

O preconceito social que perpassou as duas décadas da existência do HIV ainda perdura, aumentando o sofrimento de quem, além de ser acometido por um vírus que mata o que mantém a vida em nossos corpos, as defesas, sofre e sente-se humilhado por ser considerado promíscuo, sujo, descuidado. No entanto, é muito freqüente escutar, das mulheres que vivem com o HIV, que, mesmo tendo a família, companheiro e amigos como aliados que as aceitam sem preconceitos, elas se sentem “desprezíveis e nojentas”.

Além disso, a presença da morte aparece, muitas vezes, em seus relatos como um fato

que ocorrerá iminentemente, tirando-lhes a possibilidade de cuidar dos filhos, os quais aparecem como o maior motivo para a continuidade da vida: “eu só não tiro a vida por causa deles, porque sei que ninguém vai cuidar deles melhor do que eu.” Uma gestante que não se tratava antes da gravidez e tinha suas defesas (CD4) num nível muito baixo, afirma: “foi com a gravidez que eu tive força para me tratar, ela veio para me acordar.” Percebe-se nisso uma complementar contradição, vida e morte convivendo juntas. A morte, na presença do HIV, e a vida, na capacidade de procriar e cuidar, aparecendo como a prova de que se pode viver e dar vida mesmo com a sombra da morte. A esse respeito, Cotovio (1992) afirma que o paradoxo vida e morte que passa a fazer parte da vivência das mulheres que convivem com o HIV gera enorme angústia: “a representação da mãe, enquanto mulher que dá a vida, opõe-se àquela de mulher perigosa” (p.260). Essas duas representações coabitam no inconsciente, e a doadora de vida pode transformar-se em doadora de morte.

Como já mencionado, sabe-se que um diagnóstico reagente para o vírus HIV e mesmo o desenvolvimento da Aids não são mais considerados condição física terminal, devido aos avanços médicos, principalmente em relação à medicação antiretroviral, que inibe significativamente a ação do vírus no corpo. Pode-se dizer que, se uma pessoa adere bem ao tratamento médico, o que é facilitado, em grande parte, pela elaboração psíquica da presença do HIV em sua vida, ela está frente a uma doença crônica controlável, com uma expectativa de vida longa. Porém, o imaginário social e a simbologia que o HIV desperta tornam plausível a exposição do entendimento de Kübler-Ross (1998), que dividiu em quatro etapas, através de seus estudos, as reações típicas de pacientes que tomam conhecimento de uma doença terminal, sendo essas vistas como partes do processo natural de quem recebe uma notícia de diagnóstico clínico grave.

O primeiro estágio caracteriza-se pela *negação* e *isolamento*, no qual a pessoa tem a tendência

*“eu só não tiro a vida por causa deles, porque sei que ninguém vai cuidar deles melhor do que eu.” Uma gestante que não se tratava antes da gravidez e tinha suas defesas (CD4) num nível muito baixo, afirma: “foi com a gravidez que eu tive força para me tratar, ela veio para me acordar.” Percebe-se nisso uma complementar contradição, vida e morte convivendo juntas.*

de não aceitar que o diagnóstico seja real. Ela serve “como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (Kübler-Ross, 1998, p. 44). A negação, geralmente, é uma defesa temporária, não permanecendo por muito tempo e sendo logo substituída por uma aceitação parcial. É claro que a intensidade da defesa e sua duração dependerão muito de cada paciente, de acordo com sua estrutura psíquica e com a forma como lidou com as perdas ao longo da vida. No contato com pacientes que convivem com o HIV, foram freqüentes os relatos de mulheres que não fizeram o pré-natal, mesmo cientes de sua condição, “por medo dos efeitos dos remédios”, ou, mesmo tendo realizado o tratamento, não revelaram a quase ninguém o diagnóstico, trazendo a fantasia de que a não-revelação evitaria o confronto com a realidade de possuir o vírus. Houve situações, menos comuns em contatos com essas pacientes, em que uma aceitação parcial ficou evidente. Uma gestante trouxe situações conflituosas de sua vida que não se restringiam ao HIV, fazendo um balanço de sua vida e de suas escolhas e reflexões, do tipo “a vida continua...” Observa-se que, em relação a um diagnóstico de HIV, as pacientes tendem a demorar mais a aceitar a realidade do que em relação a outras doenças, já que a contaminação está permeada por rígidas construções sociais quanto ao que significa uma pessoa ter o vírus da Aids, ou seja, elas deparam-se com a vergonha, a humilhação e a discriminação relativas aos outros e a si mesmas, e são colocadas cara a cara, principalmente, com sua vulnerabilidade frente a suas atitudes sexuais, tema tão cheio de tabus em nossa contemporaneidade. “*Eu sempre fui certinha, tive poucos homens em minha vida, não posso ter pegado isso*”; “*eu achava que quem tinha eram pessoas da vida ou que usavam drogas.*”

Geralmente, quando a negação não sustenta mais a realidade do paciente e ele começa a

aceitar a novidade do diagnóstico, surge a pergunta: “Por que eu?” Segundo Kübler Ross (1998), a reação mais freqüente à falta de respostas para esse questionamento é a raiva, segundo estágio do processo de aceitação da doença. Revolta, irritação, inveja e ressentimento são manifestações muito comuns, e são direcionadas para os mais distintos objetos (família, profissionais de saúde, amigos, etc). Pode-se dizer que, quase unanimemente, as pacientes, em algum momento, trouxeram esses sentimentos, dizendo: “*eu não consigo me controlar, é uma irritação constante*”; “*meu filho e meu marido não têm nada a ver, e, quando vejo, estou descontando neles*”; “*me irrita até a voz das pessoas.*” É como se fosse um extravasamento da raiva por não poder continuar a vida em seu ritmo natural, por questionar se os planos feitos até então poderão ou não ser concretizados, por ter que passar a depender de acompanhamento médico e remédios para o resto da vida.

Depois da revolta, é comum que surja um conjunto de reações que caracterizam o estágio da *barganha*. Há uma tentativa de negociação, seja com Deus, com os médicos ou com a família, para que o paciente possa se “comportar” e fazer o tratamento à risca. É como se ele tentasse entrar em um acordo para não ser o único a perder.

O quarto estágio caracteriza-se por um estado de *depressão*, que se desenvolve quando não há mais como negar a doença, seja pelo aparecimento de sintomas, pelo constante contato com o tratamento ou por outros fatores que façam a pessoa confrontar a realidade factual da situação. Assim, “seu alheamento ou estoicismo, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda” (Kübler-Ross, 1998, p. 91). As perdas podem ser diversas, conscientes ou inconscientes, concretas ou fantasiosas. Entre as trazidas pelas pacientes, aparecem, principalmente em nível inconsciente, a perda da possibilidade de obter

“*eu não consigo me controlar, é uma irritação constante*”; “*meu filho e meu marido não têm nada a ver, e, quando vejo, estou descontando neles*”; “*me irrita até a voz das pessoas.*”



prazer através do sexo, a da capacidade de cuidar dos filhos e de procriar, a da valorização social quanto à promiscuidade, ou seja, questões ligadas ao feminino. Perdas conscientes referem-se principalmente à dependência em relação aos remédios (perda da saúde). É comum que a expressão dessas perdas se apresente em forma de auto-recriminações, manifestações características de quadros depressivos. A confrontação com a doença, ou seja, a tomada de consciência de que a negação da realidade, a raiva e a barganha não se sustentam mais, podem levar ao desenvolvimento desses quadros, inclusive, de forma severa, a uma vivência de melancolia profunda, na qual me deterei mais adiante.

O quinto e último estágio proposto pela autora é o da *aceitação*. Como ela trabalhava com doentes terminais, declara que essa etapa é atingida por aqueles que tiveram tempo suficiente para elaborar a situação, externando seus sentimentos e aceitando-os ao longo de seu desenvolvimento, ou seja, aqueles que não morreram antes da elaboração. No caso dos pacientes com o vírus da Aids, essa perspectiva é mais otimista, pois, atualmente, quem consegue aderir ao tratamento tem longa perspectiva de vida, o que possibilita uma elaboração gradual. Acredito que a escuta psicanalítica nesse processo possa ser uma brilhante possibilidade para ressignificar a convivência com o HIV, construindo, através da fala, da escuta e da relação transferencial, novos sentidos para a vida através da vivência como portador do vírus HIV.

Quanto à melancolia, Moreira (1998) ressalta que a reação a um diagnóstico positivo para o HIV costuma caracterizar-se por “um fundo mergulho na depressão” (p.25), mesmo quando a pessoa é assistida por profissionais preparados no manejo da comunicação de resultados. Sem dúvida, a repercussão psíquica desse diagnóstico ainda é devastadora. Uma paciente em profundo estado melancólico afirma: “essa doença dá na cabeça”, depoimento esse que vai ao encontro de muitos outros referentes a mudanças na vida após o conhecimento do

diagnóstico, mesmo depois de anos: “desde que eu soube, meus planos foram todos por água abaixo, nada tem um porquê”; “eu tenho tudo para ser feliz, trabalho, um marido que gosta de mim, uma família que me apóia, mas eu não consigo tirar essa irritação de dentro de mim, essa angústia que dá.”

Freud, em seu texto *Luto e Melancolia* (1917-1988), traz uma importante definição e diferenciação entre os significados de luto e melancolia. Entre os traços principais desta última, aparece um intenso desânimo, ligado a uma considerável diminuição e até a uma cessação de interesse pelo mundo, à perda da capacidade de amar, à inibição de atividades e à baixa da auto-estima, que se expressa em manifestações de auto-recriminação e freqüentes pensamentos delirantes de punição.

A autopunição aparece de forma muito intensa no depoimento das pacientes. Parece que elas se punem constantemente por terem se infectado, o que se expressa através de suas atitudes tomadas perante a vida após o diagnóstico. “*Entrei de cabeça nas drogas e comecei a trabalhar na noite, não tive cabeça para me tratar.*” “*Soube durante a gestação e tirei meu filho (...) noto que estou me afastando cada vez mais do meu filho mais velho.*” Cabe ressaltar que a maioria das pacientes que atendi se encontrava em estado físico estável, muitas delas nem precisando tomar medicação antiretroviral, ou seja, a morte concreta não estava próxima. No entanto, fica claro, através de seus relatos, que o sentimento predominante é o de “morte em vida”, o qual leva a pensar em um gradual suicídio psíquico.

Em relação ao luto, Freud (1917/1988) o define como portador das mesmas manifestações trazidas pela melancolia, a não ser pela preservação da auto-estima. O luto é vivenciado durante um período de tempo frente à perda significativa de um objeto, sendo sentida de forma consciente pela pessoa, diferentemente da melancolia, na qual o objeto perdido é

inconsciente. Certamente, qualquer notícia de doença gera um processo de luto, pois há aí uma perda concreta, a da saúde, da vitalidade, além de o paciente passar a depender, para a vida toda, de cuidados médicos e de remédios. Porém, a escuta de mulheres soropositivas para o HIV mostrou que seu sofrimento, muito freqüentemente, vai além do luto pela perda de um objeto concreto, pois, além de seus relatos refletirem que a auto-estima sofreu grandes prejuízos, o objeto perdido, o que falta, é nebuloso, não tem forma, porque é como se fosse tudo, como se toda a vida dessas mulheres não tivesse mais sentido a não ser pelo fato de sofrer por sua condição, ou seja, seu sofrimento é também da ordem do inconsciente.

No luto, verificamos que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o ego é absorvido. Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante, e será, portanto, responsável pela inibição melancólica (...) No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego. O paciente nos representa seu ego como desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido (Freud, 1917/1988, p.168).

Ainda nesse texto, Freud afirma que, freqüentemente, as mais violentas auto-acusações de um melancólico não se dirigem somente a ele, mas sim, com modificações, a alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar, e, além disso, “derivam dos prós e dos contras do conflito amoroso que levou à perda do amor” (Freud, 1917/1988, p.170). Assim, Freud entende que o comportamento dos pacientes se torna mais claro. A forma queixosa e maçante de os mesmos se colocarem evidencia que eles não se envergonham de mostrar seu sofrimento, pois tudo o que dizem é, na realidade, destinado a outra pessoa. Além disso, não se mostram submissos e humildes frente aos outros, dando a impressão de se sentirem constantemente desconsiderados e injustiçados.

Muitos relatos refletem esse funcionamento inconsciente, nos quais fica clara uma auto-recriminação, porém sempre atribuída a alguém ou a algo de fora delas, como se o mundo tivesse que gratificá-las por sofrerem tanto; não se sentem satisfeitas com nada que lhes é oferecido pelas pessoas ao seu redor: *“eles dizem que eu não sou a mulher ideal para ele; eles vão ver, quando o bebê nascer, eu não vou deixar eles chegarem perto”; “eu não deixo meu filho e meu marido usarem o mesmo sabonete que eu, nem os mesmos talheres, mesmo sabendo que não passa e é uma coisa minha; eu sei que meu marido não se importaria de usar as mesmas coisas que eu.”*

O processo psíquico que leva a um estado de melancolia pode ser entendido através do tipo de escolha objetal realizada, que se deu através da ligação da libido a uma pessoa. Um posterior desapontamento em relação a essa outra pessoa amada destruiu a relação objetal, através da impossibilidade de deslocar a libido para outro objeto, voltando-a para o próprio ego. Assim, ocorre uma identificação do ego com o objeto abandonado, havendo a transformação de uma perda objetal para a perda do ego. Diferentemente do que acontece quando um psiquismo consegue investir em diferentes objetos depois de ter se frustrado com outros anteriores, o melancólico não se viu possibilitado de fazer isso, pois desenvolveu uma forte fixação em relação ao objeto amado, além de sua catexia objetal ter tido pouco poder de resistência para seguir investindo. Daí decorre a inibição melancólica (Freud, 1917/1988).

Sobre essa inibição depressiva pela perda do objeto, Bleichmar (1983) afirma que esta não se restringe ao objeto perdido, mas estende-se a todos os demais, devido ao fato de que o desejo em relação ao primeiro acaba abarcando todo o espaço psíquico do sujeito. Há uma fixação a esse desejo, e, ao mesmo tempo, ele é visto como irrealizável.

Ao falar em desejo, fixação, catexia libidinal, não haveria como não nos remetermos ao narcisismo. Parece que os estados melancólicos

estão estreitamente associados a um tipo narcisista de escolha objetal. Essa suposição de Freud continuou sendo revisada, e penso que é atual e coerente. Vemos, na escolha objetal narcisista, uma regressão ao narcisismo, na qual a perda do objeto amado constitui uma proveitosa oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva. É como se, na intensa autopunição do melancólico, haja uma vingança em relação ao objeto original, e essa tortura ao outro, através de sua doença, expressa a hostilidade para com ele, a qual não pôde ser expressa de outra maneira. Inicialmente, o objeto era visto como ideal. Após a frustração em relação ao mesmo, seus atributos são tomados como pertencentes ao próprio ego.

Ainda sobre as manifestações autopunitivas trazidas pelas mulheres, destaco que estas vão ao encontro de características do que Kübler-Ross (1998), citada anteriormente, coloca como o quarto estágio no processo da aceitação de doenças, o da *depressão*. A autora ressalta que este é descrito por relatos de sentimentos de grandes perdas, concretas ou simbólicas. Pode-se dizer que as auto-recriminações relatadas acima, a partir da abordagem freudiana da melancolia, referem-se a essas perdas, no sentido de que dizem respeito à forma como foi possível lidar com elas, com o afastamento de entes queridos, a aproximação de situações de risco ou a limitação da proximidade nas relações interpessoais.

Assim, tomando os depoimentos das pacientes que escutei e pensando no tipo de atributos culturais que dão a uma mulher sua valorização, faço uma relação de seu sofrimento com os estados melancólicos. O ideal feminino (subjetivo e social) está ligado ao papel materno, à beleza, ao cuidado, ao pudor, à sua capacidade de ter prazer e dar prazer, apesar das dificuldades. No momento em que essas mulheres se vêem frente a um vírus de transmissão sexual por falta de cuidados, vêem destruídas todas as possibilidades de ser uma mulher completa. Impõem-se restrições ao papel materno (pelo risco que se tem de

transmissão através da gestação, do parto e da amamentação), ao ato do prazer genital sem correr o risco de prejudicar sua saúde e a saúde do outro e ao ideal de mulher pudorosa. Essas perdas fazem a mulher reeditar, de forma drástica, sua vivência edípica, na qual foram percebidas uma falta (a do falo) e uma proibição (a de obtê-lo através de seu pai ou substituto paterno). A repercussão dessa vivência foi recalcada por culpa da hostilidade sentida pela figura materna, que é seu objeto original, ou seja, o ideal. Agora, com a presença de um vírus que mata, em seu corpo, a mulher tem o desafio de manter em equilíbrio tudo o que retornar da vivência de castração.

Por que falar em reeditar a vivência edípica de forma drástica? Esse processo psíquico pressupõe uma re-vivência das experiências anteriores ao Édipo, as quais impuseram perdas que foram resignificadas com o mesmo. Essas perdas (narcísicas), como o desmame, o controle esfinteriano, a castração, enfim, gradativas proibições, foram confrontando o sujeito com suas fantasias de onipotência e demandando, do mesmo, a necessidade de investir a libido em novos objetos (Falcão, Veras, Macedo, 2002). Dessa forma, a presença do HIV traz à tona todas essas questões, porém, com um colorido mais intenso, pois confronta o sujeito com a sexualidade “mal praticada”. A dualidade feminina “puritana x promíscua”, com a qual toda mulher convive e resignifica a cada momento, para a mulher soropositiva, passa a ter uma outra conotação. É como se o HIV simbolizasse a confirmação do pólo da mulher promíscua, o que acaba sendo confirmado pela representação social da feminilidade.

O desafio da maternidade também se apresenta com novos matizes quando a mulher tem o vírus HIV. O desejo dessa de ter um filho pode ficar encarcerado no olhar do outro, que taxa, que segrega, que discrimina. Isso pode fazer com que a mulher se sinta sem saída, tendo que escolher entre o papel de “pecadora ou culpada”: ou é muito má porque aborta e tira a vida de uma criança ou é má porque põe no mundo uma criança “com Aids”. As mulheres



que estão diante desse impasse ficam frágeis e nem sempre têm consciência de seus desejos, o que dificulta a tomada de decisão quanto ao fato de querer ou não manter uma gestação. Ao mesmo tempo, não existe um aparato social que apóie amplamente as decisões das mulheres: o aborto é proibido por lei, o que acaba fazendo com que se recorra a métodos clandestinos que podem colocar em risco a saúde e aumentar a culpabilidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de escutar e apoiar essas mulheres, para que elas possam fazer uma escolha pessoal e responsável (Pamplona, 2002).

Tornar-se mulher, amadurecer, é ver-se como uma pessoa com limitações, independentemente de que natureza estas forem e lidar com essas limitações, equilibrá-las diante dos usufrutos da vida torna a pessoa capaz de ser feliz sem acreditar que se é completa. Escolher a maternidade traz a exigência de ser responsável por outra vida, seja qual for a condição física da mulher. A escolha de ter um filho é um exercício de perder sem se perder. Perder a responsabilidade somente por si mesma, perder noites de sono, perder filas em hospitais e serviços de saúde, perder a atenção da família, direcionada ao bebê, perder a privacidade,... mas ganhar a possibilidade de criar, educar, amar incondicionalmente, de dar vida.

Labaki (1998) destaca outra perda importante a ser elaborada na vivência de ser soropositivo, que também tem relação com o narcisismo. A autora coloca que a Aids resgata a condição humana de desamparo, por evocar o tema da morte e o medo da perda do amor do outro, sem o qual não se é sujeito. Esse medo se refere às proibições impostas aos desejos pulsionais da criança como condição de ter o amor de quem proíbe. O HIV pode simbolizar, para o sujeito, a confirmação da não aceitação dessas proibições, colocando em risco o apreço por parte do outro. Além disso, o suposto desafio às proibições (ataque ao outro) traz culpa, decorrente dos impulsos mais primitivos do sujeito, entre eles, o da própria morte do

objeto: “O medo da morte, que nos domina com mais freqüência do que pensamos, é, por outro lado, algo secundário e, via de regra, o resultado de um sentimento de culpa” (Freud, 1915/1988, p.336). Isso pode ser retratado através dos relatos das pacientes, que se sentem “nojentas e sujas” e se afastam, muitas vezes, das pessoas de seu convívio. Pode-se dizer que elas se sentem culpadas e temerosas de destruir o outro com sua condição. Cotovio (1992) traz uma analogia que faz pensar em outra vivência de desamparo: o corpo do bebê é protegido durante o início da vida por anticorpos maternos, e o portador do vírus da Aids acaba sendo levado a essa situação primeira, na qual suas defesas imunológicas não reagem mais.

Birman (2000), ao afirmar que vivemos em uma cultura do narcisismo, destaca que, na contemporaneidade, o eu encontra-se em posição privilegiada na construção da subjetividade, diferentemente dos primórdios da modernidade, em que noções de interioridade eram mais valorizadas. Entra aí a questão do corpo, que é o lugar no qual são colocados os atributos ideais do que nos vende o mundo moderno. Esse corpo torna-se, então, o maior símbolo do autocentramento em que vivemos. O vírus HIV se instala no corpo e ataca o que nele tem de vida (as defesas), ou seja, não só as fantasias inconscientes da sexualidade são colocadas em questão, mas também o imaginário social destinado ao corpo e sua importância na construção da subjetividade. Pode-se pensar aí que o sujeito passa a ter que conviver com um corpo desarmado frente a uma sociedade que coloca o mesmo como fonte de força e poder. Dessa forma, o corpo aparece, mais uma vez, na história do adoecimento psíquico, como lugar que expressa as angústias e o sofrimento do ser humano.

### Possíveis destinos...

Considerando as repercussões psíquicas de um resultado reagente para o vírus da Aids, através do contato com mulheres nessa situação e levando em conta o imaginário social sobre a construção da subjetividade feminina e sobre a

*Tornar-se mulher, amadurecer, é ver-se como uma pessoa com limitações, independentemente de que natureza estas forem e lidar com essas limitações, equilibrá-las diante dos usufrutos da vida torna a pessoa capaz de ser feliz sem acreditar que se é completa.*

morte ou tudo o que remeta a ela, fica mais claro entender o sofrimento melancólico presente nos relatos das pacientes.

Os pontos discutidos neste artigo apontam, de forma resumida, algumas das questões que a realidade do HIV traz como desafio para a prática clínica, sendo que muitos ficaram em aberto, trazendo a possibilidade de se continuar ampliando o leque de reflexões e de re-pensar sobre o já pensado.

O impacto da Aids na subjetividade é um dos desafios da clínica contemporânea. A angústia presente nos pacientes soropositivos, que traz claramente a reflexão pessoal sobre os temas da morte, vulnerabilidade, onipotência..., pode ser ressignificada através da escuta psicanalítica e da transferência, seja ela em tratamentos prolongados como a psicoterapia e análise, seja

em modalidades de atendimento mais focais, como os que ocorrem dentro de serviços de saúde. Acredito também que o trabalho com grupos é muito benéfico, pois possibilita a troca de experiências de pessoas que se sentem marginalizadas pela sociedade e que freqüentemente trazem a dificuldade de se sentirem entendidas por quem não está em sua situação. Essas trocas, a possibilidade de escutar depoimentos com preocupações semelhantes e a identificação que ocorre entre os participantes do espaço grupal podem ser muito terapêuticas, no momento em que ajudam a maior aceitação da realidade e de si. Enfim, destaco a importância da abertura de espaços que permitam a fala sobre a dor vivida, para que, no "entre", naquilo que liga/une as partes envolvidas, possam ser construídas novas possibilidades de se ver frente a uma condição que envolve tantas perdas.

#### Joana Finkelstein Veras

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)

Av. Cel. Lucas de Oliveira, nº 597, ap. 501, bairro Mont Serrat, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Cep: 90440-011. Tel.: 51-33327672 / 51-99167719. E-mail: verasjoana@yahoo.com.br

Recebido 03/03/06 Reformulado 14/06/06 Aprovado 10/08/06

BIRMAN, J. **Mal-estar na Atualidade: a Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BLEICHMAR, H. **Depressão: um Estudo Psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS (2005). *Dados da Aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>>. Acesso em: out/2005.

COTOVIO, V.V. HIV/Sida: da Prevenção ao Apoio. **Revista Análise Psicológica**, São Paulo, pp.260- 262, 1992.

FALCÃO, C.B., VERAS, J.F., MACEDO, M. M.K. Destinos do Édipo, Destinos do Sujeito. In: Macedo, Mônica M. K. (org.). **Neurose: Leituras Psicanalíticas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1917-1988.

\_\_\_\_\_. **Nossa Atitude para com a Morte**. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1915-1988.

LABAKI, M.E. A Situação de Desamparo e a Aids. **Correio da Appoa – Psicanálise e Aids**. Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Appoa. Porto Alegre: Appoa, pp.32-38, 1998.

LIMA, A.L., KIFFER, C.R., UIP,D. et al. **Perguntas e Respostas – HIV/AIDS**. São Paulo: Atheneu, 1996.

KÜBLER–ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOREIRA, A.C.G. Eros, Melancolia, Aids: sobre alguns Problemas da Clínica Contemporânea. **Correio da Appoa - Psicanálise e Aids**. Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Appoa. Porto Alegre: Appoa, pp.24- 31, 1998.

PAMPLONA, V. Aspectos Psicológicos na Lactação. In: Carvalho, M. R.; Tamez, R.N. (org.). **Amamentação: Bases Científicas para a Prática Profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

#### Referências