

A IMPLICAÇÃO DOS MECANISMOS DO LUTO NA EXPOSIÇÃO AO HIV

THE MECHANISMS RELATED TO GRIEF AND THEIR IMPLICATIONS FOR EXPOSURE TO HIV

1º LUGAR – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: PREVENÇÃO

Solange MS Oliveira¹, Wilza V Villela²

RESUMO

Introdução: a complexidade da relação entre os fatores que estariam envolvidos na aquisição de doenças torna difícil estabelecer uma delimitação de variáveis, uma quantificação de influências. Discutir de que forma alguns momentos de vida, marcados por determinados mecanismos psíquicos inconscientes, estariam entre esses fatores, foi o objetivo dessa pesquisa. **Objetivo:** Descrever algumas marcas da vida psíquica dos sujeitos infectados, no momento imaginário da exposição ao HIV. **Método:** a abordagem foi qualitativa, com entrevistas abertas e não estruturadas. Os sujeitos foram convidados a falar sobre si, suas vidas e em quais circunstâncias acreditavam que se infectaram. A análise das entrevistas pautou-se no referencial teórico psicanalítico, buscando, na lógica interna do discurso, os aspectos da vida emocional relacionados com o momento suposto da infecção. **Resultado:** todos os entrevistados ao relatarem suas condições de vida delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao HIV associaram ao momento imaginário da infecção aspectos importantes de sua vida, marcado por situações de perdas, que os desorganizaram emocionalmente. **Conclusão:** evidenciaram-se situações específicas nas quais estavam relacionados os mecanismos do luto, como fator individual de vulnerabilidade a exposição ao HIV.

Palavras-chave: infecções por HIV - psicologia, vulnerabilidade, análise qualitativa

ABSTRACT

Introduction: the complex relationship between the factors which can be involved in the acquisition of diseases makes it difficult to identify variables and to quantify their influences. This paper aims to discuss ways in which some life moments marked by unconscious psychic mechanisms could be among these factors. **Objective:** describe features of the psychic life of infected individuals in the supposed moment of the HIV exposure. **Method:** the approach was qualitative, the interviews were open, non-structured. The interviewees were invited to talk about themselves, their lives and under which circumstances they believed to have become infected. The interviews were analyzed according to psychoanalytic theory, finding in the internal logic of their speech aspects of their emotional lives related to the supposed moment of the infection. **Result:** all the interviewees, describing aspects of HIV vulnerability in their lives, related the supposed moment of the infection to situations of loss, which had emotionally disorganized them. **Conclusion:** in some specific situations mechanisms related to grief were found, as individual factors of vulnerability to HIV exposure. According to Freudian theory, grief is a reaction to the loss of a loved object, signifying an emptiness of the self, and an over-investment in a sole representation, as an attempt to keep alive the lost object. In these interviewees such reactions are hidden, and a lack of an internal working through of the grief was found. Attempts to reorganize life through the denial of loss and intensification of the search for new loving relationships were found.

Keywords: HIV infections psychology, vulnerability, qualitative analysis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):7-14, 2004

INTRODUÇÃO

A escuta no aconselhamento individual da testagem anti-HIV – que tem como foco a prevenção e como um dos instrumentos a entrega de resultado de exame – propicia indagações sobre quais fatores interferem na exposição ao vírus. Escutar alguns usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), relatando suas condições de vida e delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), proporcionou a investigação: *Sobre o Morrer*: a vida psíquica e suas implicações na exposição ao HIV, de Oliveira¹, da qual apresentaremos aqui alguns elementos.

A aquisição de doenças está determinada por uma ampla ordem de fatores, desde o aparato orgânico, hereditário, constitucional até

questões emocionais e mesmo sociais. A complexidade da relação entre os fatores que estariam envolvidos na aquisição de doenças, torna difícil estabelecer uma delimitação de variáveis, uma quantificação de influências. Discutir até que ponto e de que forma alguns momentos de vida, marcados por determinados mecanismos psíquicos inconscientes, estariam entre esses fatores, foi o objetivo dessa pesquisa.

Não se pretende discutir concepções de saúde e doença. No entanto, para situar em qual âmbito a pergunta que norteia este estudo se localiza, alinhavaremos algumas idéias sobre como as ciências têm discutido a aquisição das doenças.

“A etiologia específica das doenças, a racionalização científica do método anatomoclínico, o método experimental, depuram e despojam o saber médico do sagrado, das aspirações a uma causalidade absoluta e dogmática. O século XIX estabelece os fundamentos conceituais da medicina moderna. Doravante,

¹Mestrado pelo PPG/CIP-SES

Instituição: Centro de Testagem Aconselhamento Henrique de Sousa Filho – CTA Henfil

²Doutorado pela FMUSP – Instituição: Instituto de Saúde - SES

apenas os progressos das ciências e as técnicas anexas (física, química, informática etc) podem evidenciar, de maneira espetacular, o desenvolvimento e os resultados do saber médico na arte e o conhecimento do diagnóstico, do prognóstico e dos tratamentos das doenças.” (Del Volgo, 1998, p. 32)².

Para Shiller³ (2000), o desenvolvimento das ciências assinalou uma forma de se entender a causa das doenças. Dessa forma, o que não pode ser apreendido pelo método empírico será relegado às credências, tais como ficaram as idéias de que os processos psíquicos pudessem a elas estar relacionados.

“Uma outra visão estabelece que a doença depende de alguma coisa que se passa com o sujeito, sendo efeito da ruptura de um equilíbrio ou de distúrbios de uma função fisiológica. A origem pode estar numa desarmonia do homem com o seu meio. Se a doença se origina em nossa intimidade, isto se pode dar por nossa constituição, caráter ou temperamento, por uma falha genética ou imunológica. É uma concepção que confere ao médico um poder menor” (Schiller³, 2000, p. 129).

Freud, com a criação da psicanálise, vai dar subsídios para a construção das relações entre o mundo psíquico e sentidos das doenças, e o seu aparecimento. Alexander, precursor em Chicago da medicina psicossomática, vai buscar compreender o papel das emoções como causa das doenças, atribuindo-lhes um papel patológico na medida em que evidenciam conflitos inconscientes.

Balint⁴ (1988), médico que apresentou, na década de 1940, importante posição sobre as teorias de como surgem as doenças, vai trabalhar o como se enfrenta uma doença e o quanto essa forma se relaciona com a estrutura psíquica. Afirma que um dos problemas da medicina é estabelecer qual é o fato primário no processo do adoecer: o orgânico ou o psíquico.

Se hoje os conhecimentos da ciência permitem compreender os processos bioquímicos que estão envolvidos nas doenças, associar a isso a inexistência de outros mecanismos, que interferiram na origem das doenças, só é possível pois a sociedade evoluiu de forma que é a ciência positivista, o médico, quem ocupou o lugar de dono da vida.

“O emaranhado celular, como sede causal das doenças, não está jamais excluído. Esse raciocínio pressupõe que, com o avanço da pesquisa, reduz-se a participação do psiquismo – como estrutura abstrata e destacada da anatomia – na gênese das doenças. ... Assim configura-se o equívoco que apaga a distinção entre causa e mecanismo. Pois para o médico um aumento da frequência é causado pela produção de adrenalina. Este, na realidade, não passa do mecanismo que leva à taquicardia. A verdadeira causa estará na esfera psíquica: um drama existencial, uma dificuldade, uma situação de medo” (Schiller⁵, 2003, p. 27).

Em 1951, Perestrello⁶ (1989) produziu uma série de ensaios sobre psicossomática, alertando para a necessidade de uma nova concepção sobre as doenças. Propunha que as doenças não são locais, mas de todo o indivíduo e que conflitos inconscientes seriam

os principais responsáveis pelos sintomas somáticos, quem faz a doença ou propicia as condições para que ela se instale é o próprio homem.

Se o método anatomoclínico funda uma concepção de saúde-doença, que possibilita a construção de um aparato eficiente de dominar os males, ao mesmo tempo extirpa a subjetividade do discurso conceitual da medicina. Assim, perde qualquer sentido o discurso do doente sobre sua doença. E será nesse âmbito que investigaremos a relação do sujeito com sua doença, ouvindo o mito, no sentido do relato das origens, e o romance do sujeito sobre sua doença para identificar caminhos que possam deixar-nos mais próximos do processo de morrer implicado no adoecimento.

Buscar a interferência da subjetividade na aquisição das doenças, faz caminhar por um terreno minado. Portanto, cabe levantar idéias questionadoras dessa relação.

“Essas absurdas e perigosas opiniões¹ conseguem atribuir o ônus da doença ao paciente, não só enfraquecendo a sua capacidade de compreender o alcance do possível cuidado médico, mas também, implicitamente, afastando o paciente do tratamento. A cura é tida como dependente, sobretudo da capacidade já seriamente provada ou enfraquecida do paciente de ter amor-próprio” (Sontag⁷, 1984, p. 61).

Considerando que a verdade refere-se a uma produção social e histórica, que representa uma fissura no universo inesgotável e quase inapreensível do humano, perguntamos: A doença se instaura simplesmente no corpo biológico e este não guarda uma relação com o corpo erótico? Pois, reside também aí a diferença, quando ousamos entrar no campo da subjetividade, buscando relações com a produção da doença. Mas, ainda é importante esclarecer um outro aspecto:

“[...] que não se deixe pairando no ar a suspeita de que a pessoa, contaminada ou doente, pode como que por um ato de vontade ou como resultado da psicoterapia, fazer desaparecer a doença, numa crença mágica que basta evitar o estresse e a depressão para que tudo esteja resolvido: os processos inconscientes em curso superam em muito a vontade e a consciência” (Moreira⁸, 2002, p. 21)

Moreno⁹ (2001), em seu estudo bibliográfico sobre a produção do conhecimento envolvendo o tema psicanálise e aids no âmbito da saúde pública, afirma que é conveniente refletir sobre a necessidade de uma investigação, oriunda de uma possível lacuna na produção literária brasileira, em torno das pesquisas envolvendo aids e psicanálise no que se refere à relação entre a infecção e uma possível “busca ativa, mas inconsciente”, da mesma.

A definição do presente estudo tangencia as questões não pouco complexas da causalidade, estando referendada pelo princípio da complementaridade de Bohr (1956), pelo qual é possível coexistirem diversas descrições de um mesmo fenômeno, que nos permite

¹ Referindo-se, entre outras, às idéias de Grodeck e Menninger que estão citados nesse estudo.

conceber a idéia de uma relação entre o sujeito e a aquisição de uma doença, no caso a aids, cuja etiologia é determinada por um agente externo, um vírus. Para processar essa discussão, é importante lembrar, por exemplo, as dificuldades que as pessoas têm encontrado para manter os tratamentos da aids ou mesmo de adotar comportamentos preventivos.

Como não pensar na implicação do sujeito na aquisição de uma doença que é sexualmente transmissível, quando observamos que inúmeras pessoas com todas as informações sobre a doença continuam infectando-se? O fato de ser uma DST põe em evidência a implicação da sexualidade do sujeito, o que nos leva para o âmbito da constituição psíquica do sujeito. Via as peripécias da busca de algo que se refere ao prazer ou à manutenção da vida, que o sujeito vai se deparar-se com o vírus, com algo que faz marca de morte.

Ao longo desses 23 anos da pandemia de aids, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério de Saúde¹⁰ (2003), no Brasil, 600 mil pessoas foram infectadas pelo HIV (0,65% da população), 277.154 foram notificadas. Dessas últimas, 64% foram infectadas através de relação sexual. O perfil da população atingida tem-se alterado. Inicialmente, foram os homens que fazem sexo com homens; num segundo momento, a epidemia cresceu entre usuários de drogas injetáveis, afetando uma população mais jovem. Atualmente, as características da epidemia são heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Assim, cada vez mais, o perfil da epidemia aproxima-se do perfil sócio-econômico da população em geral. Apesar de as políticas públicas brasileiras de prevenção, tratamento e distribuição gratuita de preservativos e medicação contribuírem para a desaceleração da curva de crescimento, a epidemia ainda continua crescendo.

A responsabilização das pessoas pela aquisição do vírus e a sua associação a um desvio moral, deram vazão a juízos pelos quais a doença seria uma punição justificável. São interpretações calcadas em preconceito, fatores que contribuíram para a estigmatização da aids.

Este estudo pretende trazer uma outra nuance à reflexão da vulnerabilidade do indivíduo: a da imbricação do psiquismo no processo de aquisição das doenças. Como a vida psíquica do sujeito torna-o vulnerável a infecção? Isto não se refere à idéia de culpabilização das pessoas, por meio da qual são culpadas por um processo consciente de sua doença, como uma acusação.

“Ninguém pode fugir da condição fundamental de desamparo sem condenar-se a viver na mediocridade do anonimato, ou da inautenticidade, como sugere Heidegger, ou ainda, sem se deixar envolver pelo engodo das ilusões, como ensina Freud. Mas daí não se segue que devemos submeter-nos servilmente a esta condição humana. Pela força criativa da inteligência e da imaginação e pela capacidade de luta que lhe é inata, o homem projeta seus sonhos e seus anseios para conseguir, não digo transcender sua condição humana, mas escapar à sua servidão. Olhando a existência como tarefa, o homem deixa de ser joguete do Destino e passa, ele próprio, a construir o seu destino e a escrever sua história” (Rocha¹¹, 2000, p. 161).

OBJETIVO

O objetivo é investigar se haveria algo peculiar que marca o momento de vida de alguém que se infecta pelo HIV e qual a rela-

ção desse evento com a exposição à infecção, e assim conhecer mecanismos da vida emocional presentes no momento imaginário da aquisição da infecção pelo HIV, assinalando como os aspectos psíquicos revelados na pesquisa podem interferir nas estratégias de prevenção às DST/aids nos serviços de saúde.

MÉTODO

A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, subsidiada pelo método psicanalítico, dado que se busca abordar aspectos inconscientes da estruturação psíquica dos sujeitos envolvidos.

O método psicanalítico é definido por Freud como um meio para investigação de processos mentais ou psíquicos e um método terapêutico. É baseado na associação livre do sujeito, materializado num discurso, que pressupõe que o sujeito incorpora a sua história ao seu discurso. Deve falar livremente sobre o que vier à cabeça, mas se trata de uma liberdade demarcada, por emergir o que de antemão estava sobredeterminado pela estruturação do psiquismo do sujeito.

A vertente de investigação do método psicanalítico dá subsídios teóricos para a busca do material da pesquisa, fazendo-se necessário encontrar um primeiro instante que viabilize que os sujeitos falem. Para tanto, a entrevista psicológica foi a técnica de investigação, usando o instrumental da entrevista aberta. De forma não-direcionada, inicialmente a pessoa se expõe, propiciando o aparecimento daquilo que o sujeito supõe marcar o momento da sua vida quando se infecta, e a partir de então os próprios conteúdos do discurso do entrevistado direcionam o aprofundamento do tema. Assim, o campo da entrevista configura-se pelas variáveis referentes à estruturação do mundo mental do sujeito, supondo-se que a continuidade da narrativa vai tecendo associações, delineando os aspectos a serem abordados.

Iniciou-se a entrevista com a mesma explanação: “É uma entrevista na qual eu espero que você me conte de você, da sua vida e do momento em que você acredita que se infectou. Talvez você possa começar contando como foi para você saber que era soropositivo.”

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas soropositivas, cujo critério de inclusão foi terem mais de 21 anos, de ambos os sexos, de qualquer profissão ou classe social, que aceitassem através do termo de consentimento livre e esclarecido, por escrito, participar da pesquisa.

Foram colocados cartazes nos Serviços Municipais de Saúde de DST/Aids e numa ONG que trabalha na luta contra a aids, da região central de São Paulo, onde reside a maior parte dos soropositivos desta cidade, convidando as pessoas que quisessem participar da pesquisa a entrar em contato com a pesquisadora. Nessa região temos o Centro de Testagem e Aconselhamento Henrique de Sousa Filho (CTA Henfil) e Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids Campos Elíseos (SAE Campos Elíseos). Também, os profissionais desses serviços ofereceram aos seus usuários a participação na pesquisa.

Foram realizadas dezesseis entrevistas. Metade do número dos entrevistados procurou os serviços espontaneamente, querendo participar da pesquisa. A outra metade foi sugerida a participar pelos profissionais que os atenderam.

Quadro 1 – Alguns dados sobre os entrevistados

Entrevistado	Situação Atual Trabalho	Escola- ridade	Forma de Infecção	Parceria época infecção	Contato suposto infecção	Marcas do momento
E 41 ² , M ³	Formal	Superior incompleto	Homo	Início parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa
AV 62, M	Aposentado	Superior	Homo	Sem parceria fixa	Não identifica	Perda amorosa
NR 28, M	Informal	Ensino médio	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda amorosa. Morte mãe
G 33, M	Informal	Ensino médio	Homo	Início parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa. Morte mãe
F 35, M	Autônomo	Ensino médio	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda amorosa
Ale 43, M	Autônomo	Ensino médio	UDI	Sem parceria fixa	Amigo	Morte mãe
MC 54, F	Aposentada	Ensino fundamental	Hetero	Parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
LU 26, M	Formal	Ensino médio	Homo	Parceria fixa	Parceiro fixo	Separação casamento Perda trabalho Assumir homos. Morte amigo
VI 39, M	Formal	Ensino fundamental	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda trabalho Morte mãe
ALI 37, M	Esporádico	Ensino fundamental	UDI	Sem parceria fixa	Primo	Morte esposa
LE 29, M	Desemprego	Ensino médio	Hetero	Sem parceria fixa	Parceira eventual	Relação amorosa
JE 37, F	Formal	Ensino médio	Hetero	Sem parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
Ro 25, M	Formal	Superior	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
JA 43, M	Desemprego	Ensino fundamental	Hetero	Parceira fixa	Parceira eventual	Perda Igreja Fracasso casamento

RESULTADO

Apresentaremos abaixo um quadro com dados gerais sobre os sujeitos e informações sobre o momento suposto da sua infecção.

As entrevistas evidenciam a singularidade, mas também aspectos que se repetem. Para efeito da análise do material, estes aspectos foram organizados em torno de três eixos: a interpretação pessoal da história da infecção, o momento suposto para a infecção, a vivência das perdas.

É importante assinalar que a metodologia do trabalho, no que se refere à captação de sujeitos, viabilizou que chegassem para a pesquisa pessoas que apresentam, em dados gerais, o mesmo perfil da população atingida pela epidemia na cidade de São Paulo. Isso se verifica pelo do Quadro 1, apresentado nesse estudo, no que tange à faixa etária (20 a 60), sexo (homens e mulheres), escolarização (predominância do ensino fundamental) e categoria de exposição (homossexual, heterossexual e UDI). Assim, embora o nosso olhar repouse sobre a singularidade, não se pode atribuir aos sujeitos que falam nesse estudo características distintas daqueles que a epidemia tem atingido.

Todos os entrevistados puderam associar um momento imaginário para a infecção. Assim essas pessoas engendram para si um momento narrável, no qual se vêem vulneráveis ao vírus. Esse dado tem sua importância acrescida ao compará-lo com o que se encontra no CTA, onde algumas pessoas, ao receberem seus exames, no aconselhamento, não relatam esse momento, seja porque ainda estão sob o primeiro impacto do conhecimento, seja porque não encontram acolhimento adequado para fazê-lo ou por qualquer outra razão.

Isso se amplia ao se tomar o total dos usuários do serviço, independentemente do resultado do exame. Embora se abordem questões díspares, ser soronegativo e ser soropositivo, sabe-se que a maioria das pessoas que fazem exame se supõe em risco, percebendo uma vulnerabilidade. Abordar aquele momento e nomeá-lo pode fazer uma diferença para os objetivos de prevenção à epidemia.

Todos os participantes relataram suas vidas e mazelas, independentemente do tempo de conhecimento do seu *status* sorológico. Abordaram-se pessoas que sabiam ser soropositivas há pouco (20 dias) e outras há muito tempo (12 anos).

Também todos expuseram aspectos marcantes de suas vidas atribuídos ao momento em que supõem terem-se infectado. Uma ocasião para todos, marcada por situações de perdas, na maioria amorosa e de trabalho, situações que os desorganizaram emocionalmente.

A maioria dos entrevistados, depois das perdas amorosas, entrou num processo de busca ininterrupta por novas parcerias sexuais;

² Idade do entrevistado.

³ Sexo do entrevistado.

assim, vivenciaram um recrudescimento da vida sexual, pondo em jogo mecanismos autodestrutivos, podendo ser vistos como auto-mortíferos.

Para que se vislumbre a riqueza das singularidades que se desenharam nas entrevistas, o que cada sujeito enuncia na articulação do discurso, para que se possa vislumbrar esse fenômeno, apresentamos alguns recortes por meio dos seguintes eixos organizadores da discussão: *o momento suposto para a infecção, a vivência das perdas*, que em parte pretendem por si só enunciar uma captura da vida emocional desses entrevistados.

NR

“Eu não conseguia assimilar a morte (da mãe). Fiquei muito deprimido, uns quinze dias eu fiquei assim [...] e falei: eu vou tocar minha vida, só vou pensar na morte da minha mãe quando eu tiver superado [...] os primeiros dois anos eu não parava pra nada, quando eu tava parado eu tava fazendo alguma coisa”.

Interrupção da relação: *“acho que foi um tapa na cara maior do que esse de descobrir que estou com vírus [...] Eu não conseguia assimilar aquilo”.*

“Eu ainda estava numa fase destrutiva. Eu queria de alguma forma me agredir, me machucar, porque assim eu saia com pessoas desconhecidas então eu tinha o risco de alguma coisa grave fosse acontecer comigo [...] uma maneira meio doida de acabar comigo mesmo”.

VI *“No prazo de dois meses, ele faleceu. E o outro depois de quatro meses da morte dele. O outro amigo começou a sentir os mesmos sintomas, [...], a gente viu ele se desfazendo, desfazendo, se acabando, morrendo mesmo. Aí, outro amigo do apartamento foi lá, estava com HIV, estava todo mundo indo, eu preciso ir também, mas eu vou consciente de quando sair o resultado eu sou mais um portador”.*

“Como foi? Foi. Quem foi? Não sei. Mas eu sei como eu adquiri o vírus HIV, através das minhas várias relações [...] Se eu estou com o vírus, eu sou o culpado, essa coisa, eu sou consciente, não foi nem aquela pessoa, que meu amigo me alertou que estava com a aids que eu transei, não. O tempo todo da minha vida assim, eu procurei, se eu estou com o bichinho lá dentro encubadinho, que vai ficar quietinho, quietinho por muito tempo, eu procurei, esse amiguinho que vai me acompanhar pelo resto da minha vida, entendeu?” Procura motivada pelo prazer, sem tampouco se ligar a ninguém. “É difícil eu falar assim: eu amo uma pessoa única. Eu amo todo mundo que esta ao meu redor [...] Eu sou muito promíscuo, mas sexualmente assim tranqüilo”.

“Eu estava me procurando, eu estava procurando alguma coisa minha antes, eu não tinha sentido a minha vida”.

RO *“Eu tava no último ano da minha faculdade. Eu passei por um período, assim, foi um vendaval que passou, porque meus pais se separaram, tudo muito junto uma coisa da outra”. Professor de natação: uma paixão de sua vida. “Foi tudo muito sabe, uma coisa atrás da outra. De repente meus pais se sepa-*

ram, a gente muda de casa, eu saio do emprego, vou fazer um estágio depois de um tempo me formo”.

“Começou tudo errado, em vez de começar, sabe, tudo perfeito, não, começou tudo errado [...] Eu tinha um namorado que fazia tudo por mim, que pegava no pé, mas que vivia em função do namoro e de repente eu peguei um que tinha um monte de prioridades além do namoro. E eu ficava meio perdido nisso [...] lá no fundo eu sentia que falava não, esse cara é o cara que eu gosto e tem alguma coisa aqui me dizendo que eu tenho que continuar com ele. Não sei se é amor o que, que é. Mas tinha alguma coisa aqui dentro que falava não, não termina que você vai sofrer ou que você tem que continuar com ele, tem muita coisa pra aprender com ele. E continuamos e deu no que deu [...] Não, que daí eu me contaminei”.

JA *“Eu nessa fase toda, com a mente toda conturbada. Eu sem ninguém pra conversar, afastado de tudo que eu conhecia até então [...] todos aqueles anos de casado. Eu nunca havia traído a minha esposa, nunca. Nunca eu havia tido um relacionamento extraconjugal por uma questão de princípios”.*

“A coisa foi vindo durante anos. Sabe e eu sempre sendo humilhado [...] Eu já estava com aquela coisa no meu coração. Eu já estava tão afastado de tudo, estava me sentindo tão mal, já afastado da igreja [...] Eu comecei a colocar o relacionamento na frente de tudo, o sexual, foi aí que eu acho que eu acabei me [...] E até hoje eu penso como é que pode uma situação dessas? [...] Quer saber de uma coisa? Eu tava com uma situação completamente perdida, em casa, o casamento deteriorado, a vida na igreja, sabe assim já tudo por água. Eu estava com aquele sentimento de tudo ter dado errado”.

DISCUSSÃO

Os entrevistados expuseram os emaranhados dos seus viveres e foram escutados, engendrando o enredo das vidas e o que surgiu foi a aventura do viver. Como toda vez que um humano se põe a falar, surge uma gama grande de questões, mas, estranhamente, ela parece única: uma imensa vontade de ser amado estampada pela estranha luta travada para que um perdido lugar se reabite. No entanto, não poderia ser diferente, já que é essa a história de fundação do psíquico, essa inatingível busca de amor, que tem na vida uma ampla gama de significantes.

Nesse recorte com esses humanos, essa procura é marcada por histórias de amor estampadas pela relação de afeto com o parceiro sexual, ora do mesmo sexo, ora diferente, por vezes se entremeiam e são vividas com uma magnitude estonteante. Mas já que tudo que começa pode acabar, reduzidos a pó, esses humanos sentem-se ou perdem-se quando as histórias se desfazem. Surpreendentemente se refazem. Da noite para o dia travestem-se de uma energia de vida desconhecida, prontos para o novo amor. E assim parecia seguirem quando esbarraram: são atropelados, atravessados pelo, agora para sempre companheiro, HIV.

São histórias de amores interrompidas. Pessoas que buscavam laços amorosos com uma frequência e uma potência surpreendentes. Aqui não está instalada apenas a busca inerente de amor que circunscreve o humano, que vai nortear a constituição psíquica, mas conta de como a busca pelo romance amoroso é a grande forma de encontrar significação.

Os entrevistados relatam, por via de um emaranhado de perdas, o momento em que supõem a infecção. Perder é algo inerente ao ser humano. Ultrapassar e prosseguir são marcas do cotidiano do viver. Então, aparentemente, trata-se do mais banal dos fatos da vida, no entanto parece que aqui há uma sobrecarga. Portanto, cabe pensar o montante de perdas que se dá na vida dessas pessoas, especialmente as perdas amorosas, já que os romances por elas são procurados como significantes de vida.

Aprofundar a marca dos mecanismos do luto parece necessário. Pois há uma recuperação no tempo, na capacidade de novamente se ligar também *sui generis*. Haveria aqui uma diferença no processo de luto, os mecanismos seriam esses do morrer de fato por um instante? Mas o que são esses mecanismos e como os identificar será tratado mais à frente.

Foi possível observar como os entrevistados constroem uma rede de entendimento para seus males e que ao enunciarem suas crenças, estão articulando a história de si mesmos, anunciam um entendimento de sua exposição ao HIV tomando uma vertente subjetivante, que poderíamos enunciar como um saber inconsciente.

Assim, entre outras idéias, emerge uma consciência de que algo dos processos internos orientou, subsidiando esse encontro com o vírus. Ao se levantar o aspecto de que os entrevistados relacionam sua exposição ao vírus com as experiências de vida, articulando os mecanismos de sua vida psíquica, isso nos aproxima da questão de que as marcas da vida psíquica estariam imbricadas nesse processo de morrer. Nesse recorte, cabe apenas registrar a existência da relação entre a vida psíquica e a aquisição do vírus. Assim, não se trata de discutir o material no que ele explicita do sujeito, já que implicaria em entrar por um caminho de discussão da história de vida, da constituição de suas singularidades. Os discursos foram selecionados por serem construções explícitas das relações entre o imaginário dos sujeitos e a aquisição do vírus. Essa vinculação põe em pauta a questão da auto-estima e traz imediatamente a idéia de culpa. Surgiram também relatos que relacionam a suposição de o parceiro estar infectado com a entrega amorosa independentemente disso, pois ali a paixão conta mais que qualquer outra coisa, uma forma encontrada de recuperar a sensação de existência do sujeito.

Ferreira¹² (1992), em “Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico”, busca averiguar, a partir dos indivíduos potencialmente estigmatizados, até que ponto a condição de soropositivos afeta suas vidas, suas relações interpessoais. Embora faça a análise dos dados usando um referencial psicanalítico, na sua introdução discute a relação aids e a psiconeuroimunologia e refere que, dentre outros fatores, o desencadeamento da doença seja precedido ou acompanhado de forte estresse emocional”.

Ao se ouvir esses sujeitos responsabilizarem-se, elegendo o significativo culpa para tal, torna-se necessário ofertar os holofotes por eles reivindicados e aprofundar a compreensão. A questão da culpa está no mito da origem do homem, se tomamos a tentativa cristã ocidental de dar conta da sua origem. Não podemos deixar de aten-

tar para a vertente da cultura quando o tema que emerge é a culpa. Esta ligada a uma dívida a ser resgatada, e no traçado do resgate vemos os sujeitos revelarem-se.

Freud¹³ (1930), em “Mal-estar na civilização”, investiga a origem do sentimento de culpa. Seu aparecimento surge ligado à consideração de se ter feito algum mal, e muitas vezes não se refere a algo de desagradável ao eu, muito pelo contrário. Assim, é um julgamento resultante da dependência humana com relação a outros humanos, já que se pode perder o amor desses, ficando assim exposto a perigos, o que poderá levar à renúncia de uma satisfação. No entanto, a autoridade, que primordialmente era externa, será no processo de constituição do humano internalizada, assim o homem não poderá de si mesmo esconder o mal realizado, ou pensado. Freud passa dessa forma a operar com o conceito de eu e supereu para explicar a outra origem do sentimento de culpa, o medo do supereu, cuja função entre outras é a de manter a vigilância sobre ações e intenções do eu. “O sentimento de culpa é uma expressão tanto do conflito devido à ambivalência, quanto da eterna luta entre Eros e a pulsão de destruição ou de morte” (Freud¹³, 1930, p. 156).

Assim, o autor está articulando idéias já enunciadas em “Totem e tabu”¹⁴, pelas quais o processo de construção da cultura passa pelo assassinato do filho ao pai primeiro. Dessa forma, ao humano estaria fadado uma culpa irremovível, forjada antes de tudo por uma dívida, que é fundante do psíquico, a dívida por ser falante, instaurada na passagem do biológico para a condição humana processada pela linguagem, que torna o humano dependente de um outro humano. “Ora, isto insere o sujeito na ordem da linguagem e, ao mesmo tempo, traduz o desamparo como a experiência de uma falta fundamental, que cuidado algum pode suprir [...] esta ‘falta a ser’ é a incapacidade da linguagem de dizer a última palavra sobre a verdade do ser” (Rocha¹¹, 2000, p. 161).

Articulando esses conceitos e o material das entrevistas, na culpa anunciada por alguns desses sujeitos pela infecção, como poderíamos observar essa punição? Pode-se inferi-la na doença? Assim, um sentimento de culpa poderia na doença encontrar satisfação, pois o sujeito passa a se sentir doente e não culpado.

Suas falas sobre o *momento suposto para a infecção* enunciam perdas amorosas e em seguida podemos ouvi-los relatar de como se embrenham numa busca incessante de outros parceiros. Aqui se deve ponderar que se está aproximando alguns modelos de compreensão, e que o ato humano é expressão de uma sobre-determinação na qual estão em jogo diversas vertentes da vida psíquica.

Todos os entrevistados atribuíram um momento para sua infecção, construindo assim uma história de suas vidas, enodadas por diversas perdas que não trazem marcas de sentido, que se impõem revelando suas construções imaginárias. Esses seres perdem, perdem-se nessa busca de amar, de serem amados. Perdem amores, vínculos, empregos, casas. Alguns se viram envolvidos em lutos familiares de figuras fundamentais: suas mães. Parece perderem tudo e, atravessados por essas vivências, que se visibilizam de diferentes formas, que não trazem a morte do corpo e não se estancam, mas pulsam por nova ligação. A procura de novos amores torna-se, então, imperativa. Vivem, embora se descubram acompanhados do HIV. Perfurados por essas experiências de perdas, é que supõem terem-se infectado.

Como essas perdas foram vividas, quais foram seus efeitos sobre o sujeito, como se estrutura a reação à perda do ente querido ou

daquilo com que se tinha um vínculo? A escuta desses entrevistados, relatando suas condições de vida e delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao vírus HIV, sugere situações específicas nas quais os mecanismos advindos do processo de luto colocam-se como fator individual de vulnerabilidade à exposição ao HIV. Algumas pessoas, em momentos de luto, expuseram-se à possibilidade de se infectar. Assim, os mecanismos do luto, aquilo que emerge da perda de qualquer objeto amado, toda a vivência interna e sua reação interferem na exposição, marcando o aparecimento da infecção pelo HIV, estabelecendo uma relação entre um momento de luto na vida do sujeito e o aparecimento de doenças.

A implicação entre luto e deterioração da saúde é uma relação verificada em alguns estudos, por exemplo, sobre efeitos da viuvez. Maddison e Viola¹⁵ (1968) compararam grupos de mulheres viúvas e não-viúvas concluindo que o luto do cônjuge é uma ameaça à saúde. Os resultados do trabalho de Stroebe e Stroebe¹⁶ (1987), sobre causa de morte por problemas cardíacos depois da perda do cônjuge, apontam para a suscetibilidade a doenças. Parkes¹⁷ (1998), importante pesquisador sobre o luto, em estudos comparativos mostra que o índice de mortalidade, considerando diversas causas e levando em conta a mesma idade, é muito maior entre viúvos do que entre pessoas casadas.

Devemos considerar que havia um sistema de ligações, uma harmonia no funcionamento psíquico que incluía à ligação com a pessoa amada. Acontecida a perda, haverá um trabalho de desligamento da energia até então destinada à ligação com aquele objeto, que acarretará em libido livre.

A perda de objeto traria à baila algo que implica numa perda do eu, já que no luto o eu passa a ser reinvestido pela libido que fora liberada, pois o objeto perdido nunca se tratou de um objeto externo, aquele que tinha sido internamente construído. O investimento libidinal recai sobre o mundo de representações, assim desde sempre parte do eu: “só o olhamos, escutam, sentimos ou tocamos envolvido no véu tecido pelas imagens nascidas da fusão complexa entre a sua imagem e a imagem de nós mesmos [...] O amado é uma parte de nós mesmos”. (Nasio¹⁸, 1996, p. 41).

Perdida está uma imagem de mim mesmo. Assim, o sujeito se encontra sem recursos diante da absurda tensão para a liberação das forças investidas, e da própria libido desgarrada. Aqui a marca da perda do outro desenha a queda de algo de si.

Posto isso, reduzidos a pó, esses humanos sentem-se e perdem-se quando essas histórias se desfazem. Submetidos à tamanha confusão pulsional e sofrimento psíquico, atravessados pelo que tem a marca do insuportável e por isso será rechaçado, esses entrevistados passam a buscar novos parceiros amorosos. Surpreendentemente se refazem, e, da noite para o dia, travestem-se da energia de vida errante, prontos para o novo amor. São como emergentes dessa procura que hipotetizam terem se deparado com o HIV. Como é essa procura? Aparentemente, o resultante deu-se no desvio da trajetória, aparente equívoco pois o que se buscava era a excelência do prazer, este ligado ao viver.

E nessa ausência emerge uma libidinização, na qual o sexo conta muito, já que o romance é tão intensamente buscado, como o grande acolhedor, aquilo que dá significado, que faz rolar o registro do que foram as marcas. Parece ser da magnitude da vida. Mais do que qualquer coisa, aqui o que conta é o romance. Há um excesso que

não pode ser deixado para amanhã, não pode ser postergado. Ouça-se AV: “A gente quer a felicidade aqui agora, todo mundo quer ser feliz hoje, ninguém quer ser feliz o ano que vem. Só na poupança que a gente guarda para ter os juros mais pra frente”.

É importante observar que as clássicas características das reações do luto como: o desânimo penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a inibição de atividades e a perda da capacidade de amar, nesses sujeitos estão escamoteadas. O que se apresenta aqui, em parte, é a ausência do trabalho do luto. Parece faltar a possibilidade de suportar toda a dor decorrente da perda e do próprio luto. Esses sujeitos tentam se reorganizar a partir de uma estrondosa negação da perda. E toda energia antes ligada ao objeto, que hipoteticamente se reverteria caindo sobre o eu, aqui é violentamente dissipada. Torna-se novamente livre para se ancorar em um outro. Então, não é o eu que será investido. É a busca incessante de um outro que se imporá. O que se observa desse movimento não é uma reconstrução que impulsiona vida, o que se esperaria como fim do luto, mas antes, uma obturação da falta. Assim, na tentativa de exorcizar a morte e procurar a vida, infundiu-se a ação silenciosa da pulsão de morte, assim nomeada por Freud, cuja tendência é a de manter tudo inerte, apaziguado.

Assim, vê-se emergir o que alguns autores, como Torok¹⁹ (1987), relatam a partir de suas clínicas: uma saída maníaca no processo do luto, resultante da forte tensão pelo excesso de libido desligada, tentativa premente de descarga desse excesso. Também Allouch²⁰ (1977), considerando essa possibilidade, assinala o caráter de perda de parte de si, atribuindo ao luto um sacrifício fálico.

No texto de “Luto e melancolia”, Freud²¹ (1917) aborda a diferença dos mecanismos em pauta no luto e suas peculiaridades discutindo-os à penumbra da melancolia. Enfatiza como traço diferenciador a diminuição da auto-estima, o empobrecimento do eu caracterizado por uma intensa auto-recriminação. Ao se ouvir os entrevistados, emergem muitas vezes essas sensações, já que de suas bocas escorrem os significantes da baixa auto-estima. Sem contudo enveredar pela discussão da estruturação psicopatológica desses entrevistados, mesmo que muito sedutor, considero não ser o eixo dos objetivos, nesse trabalho, abordar o mortífero na melancolia, pode nortear caminhos. Na melancolia vê-se exacerbada a perda relativa ao eu que se configura pelo digladiar de partes do eu, fruto de um deslocamento do ódio ao objeto perdido. Viabilizando um verdadeiro ataque ao eu, ação da agressividade que retorna sobre o eu.

Rudge²² (2001) afirma que o trabalho do luto, independente de como se processe, relaciona-se necessariamente à restauração de um narcisismo ferido, deixando talvez marcas permanentes, e a reconstrução de uma ilusão necessária aos investimentos na vida e no amor.

Os discursos sobre o sofrimento diante da separação dos amados emanam envoltos, constituídos por instantes sem fala. Mudos arrebatados por algo que emerge sem símbolo, sem representação. Ressurgidos no narrar de alguns sobre o conhecimento do *status* sorológico. Considerando o desligamento pulsional do objeto perdido, esse processo de intensa pressão, o pulsar, sem contudo se ancorar, e já que a morte é sem representação, poderíamos entender como aquilo que não se liga, não se representa, não se inscreve. Isto é marca do momento suposto da infecção.

Por esse estudo, entendeu-se que o HIV atingiu esses entrevistados em momentos específicos de suas vidas, marcados por perdas,

uma vez que os mecanismos maníacos e de negação do luto por si facilitam as experiências de descuido e baixa da guarda da proteção. Sabe-se que a separação ou a perda de um objeto de ligação é uma vivência impactante para o ser humano em diversas culturas, experimentadas por muitas pessoas em nossa organização social. Porém, o comum do fato não deve ser argumento para a irrelevância do fenômeno, muito pelo contrário. Talvez sejam nas experiências mais corriqueiras, por atingir muitas e várias vezes a mesma pessoa, que residam as forças motoras do avanço da epidemia, pelas quais se levantam aspectos importantes dos efeitos mortíferos, aqueles que tornam as pessoas mais vulneráveis.

CONCLUSÃO

Imbricados estiveram o momento de exposição ao vírus e a dor, junção esta que pode tornar as pessoas vulneráveis ao HIV. Como fazer prevenção se o sofrimento não é da ordem da cura, já que constitutivo da posição de ser faltante do humano?

Ao longo da epidemia, cada vez mais, tem-se discutido os modelos prescritivos de comportamentos presentes nas intervenções de prevenção, creditando-lhes ineficiência. Cabe saber se essa discussão atingiu de fato as práticas. A ultrapassagem da distância entre o discurso político dos profissionais de saúde e as práticas que marcam a rede pública, em parte, tem sido construído diariamente por diversas ações. No entanto, inerente às instituições, está a alienação que atravessa esses profissionais. Dessa forma, urge que se possa refletir sobre como implementar práticas de prevenção considerando o humano, no referente ao que lhe é irredutível, a falta constitutiva do ser humano.

Atentando ao que perpassa esses entrevistados, podem-se vislumbrar outras nuances da epidemia de aids, por meio do que está inscrito nesses sujeitos e que deu amálgama em suas lutas pela vida para se depararem com o HIV.

Assim, a atenção para esse fator de vulnerabilidade pode trazer uma importante colaboração para as intervenções de prevenção dos profissionais de saúde. O conceito de vulnerabilidade tem norteado as práticas de prevenção em DST/aids e, a partir dele, tem-se construído intervenções específicas para as populações vistas como mais vulneráveis. Aqui se delinea uma possibilidade de inserir os enlutados no patamar dessas populações. Trata-se da vulnerabilização, que a forma de processamento de determinadas experiências emocionais impõe às pessoas.

Percebeu-se, no presente estudo, de forma emblemática que os mecanismos pelos quais se instalará a vivência do luto, da perda de um objeto de amor, podem tornar as pessoas mais vulneráveis, uma vulnerabilidade temporária e concomitante ao período singular do luto.

Considerando a vulnerabilidade do sujeito instalada pela perda, os serviços de saúde podem desenvolver, por meio de simples ações, viáveis de serem implementadas no âmbito dos serviços de DST/aids, desde a atenção aos casais sorodiscordantes nas eventuais perdas dos parceiros, como para outras pessoas em vivência de perda. Construindo técnicas de intervenção, pelas quais se possa acolher, escutar e viabilizar o trabalho do luto. Pode ser um importante recorte

para se pensar a prevenção secundária, a discussão da vivência de perda que a soropositividade por si só impõe às vidas das pessoas.

Proferir sobre a importância do olhar para a imunodeficiência psíquica, emprestando o termo de Berlinck²³ (1997), decorrente das experiências de perda, não é condição suficiente para as transformações das práticas, porém é condição necessária. Assim, cabe a construção de uma política de ação de saúde frente ao processo do luto, evidenciando o reconhecimento de sua vulnerabilidade psíquica, de sua imbricação no processo de aquisição de doenças. Dessa forma, não se pode mais intentar práticas de prevenção às doenças sem ousar escutar esse inominável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OLIVEIRA, SMS. – *Sobre o Morrer*: a vida psíquica e suas implicações na exposição ao HIV [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2003.
2. EL VOGO, M.J. - *O instante de dizer*: o mito individual do doente sobre a medicina moderna. São Paulo: Editora Escuta; Goiânia, Editora da UCG; 1998.
3. SCHILLER, P. - *A vertigem da imortalidade - segredos, doenças*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
4. BALINT, M. - *O médico seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988.
5. SCHILLER, P. - As psicossomáticas in: *Psicossoma III* org. Volich, R. M. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
6. PERETRELLO, D. - *Trabalhos escolhidos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu; 1987.
7. SONTAG, S. - *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
8. MOREIRA, A.C.G. - *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta; 2002.
9. MORENO, D.M.F.C. - *A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da aids*. [Dissertação] FSPUSP; 2001.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS*. - Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília. 2003.
11. ROCHA, Z. - *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta; 2000.
12. FERREIRA, C.V.L. - *Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico*. [tese]. Campinas: UNICAMP; 1992.
13. FREUD, S. (1930) - *O mal estar na civilização*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. V. 21.
14. FREUD, S. (1913) - Totem e tabu. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. V. 13.
15. MADDISON, D.C. E VIOLA, A - The health of widows in: the year following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 1968
16. STROEBE, W. E STROEBE, M. - *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge: Cambridge University, 1987.
17. PARKES, C.M. - *Luto - estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus; 1998.
18. NASIO, J.D. - *O livro do amor e da dor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996.
19. TOROK, M. - Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, NICOLAS E TOROK, M. *A casca e o Núcleo*. São Paulo: Escuta, 1987
20. ALLOUCH, J. - *Erotic du deuil au temps de la mort sèche*. Paris: E.P.E.L.; 1997.
21. FREUD, S. (1917) - *Luto e melancolia*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. RJ, Imago; 1974. V. 14.
22. RUDGE, A. M. - *Notas sobre a culpa no luto*. In: Culpa, Peres, U. T. (Org.), São Paulo: Escuta; 2001.
23. BERLINCK, M.T. - Insuficiência imunológica psíquica. In: *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, Ano X, nº 103, novembro de 1997.

Endereço para correspondência:

SOLANGE M S OLIVEIRA
Rua Clodomiro Amazonas 576 aptº 10j
São Paulo – SP - CEP: 04537-001
E-mail: langemar@uol.com.br

Recebido em: 10/06/04

Aprovado em: 21/09/04