

# ARTIGO

## UMA ESCUTA ANALÍTICA DE PESSOAS VIVENDO COM AIDS

*Antônio Carlos Borges Martins<sup>1</sup>*

---

### RESUMO

Com este trabalho propõem-se pensar como as pessoas vivendo com HIV/aids estão resignificando suas vidas no contexto terapêutico. Para tanto utilizou-se um estudo biográfico, acrescido da exposição de dois fragmentos de casos e algumas percepções da clínica psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa fundamentada nas Teorias Psicanalíticas. O estudo revelou que no contexto terapêutico os sujeitos infectados pelo HIV puderam rever suas vidas e elaborarem conteúdos daí surgidos. Disto resultaram as resignificações de suas vidas que são, assim como as suas perspectivas, subjetivas e, portanto, diferenciadas.

**Palavras-Chave:** AIDS. Teorias psicanalíticas. Morte. Resignificação.

---

### INTRODUÇÃO

Culturalmente a aids está associada a uma complexa rede de medos, crenças e preconceitos, o que com frequência, ainda hoje, implica em problemas de ordem psicossocial para homens e mulheres infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tais problemas são ampliados quando estes sujeitos pertencem a populações há muito estigmatizados, conforme ocorre com os usuários de drogas, homossexuais, bissexuais, travestis e profissionais do sexo masculino ou feminino.

Se é verdade que tais constatações indicam as graves consequências provocadas pelos preconceitos gerados no início da epidemia, faz-se também **mister** esclarecer que desde aquele momento observava-se que as pessoas acometidas pela aids, além do tratamento clínico-médico, deveria ser possibilitada uma escuta dos seus componentes afetivo-emocionais, uma pois se tratava de sujeitos demasiadamente marcados com os estigmas e a história da própria doença e da epidemia.

Pensando nas questões supramencionadas propõe-se com este artigo apresentar possíveis contribuições da escuta psicanalítica às pessoas acometidas pela aids.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa em Psicanálise inserida no espaço das investigações qualitativas, aproximando-se da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Até porque, segundo Turato<sup>1</sup>, a atitude psicanalítica e nela o uso de concepções provenientes da dinâmica do inconsciente do sujeito, a atitude existencialista e a atitude clínica são os três sustentáculos de sua proposta de trabalho de investigação, a metodologia clínico-qualitativo.

---

<sup>1</sup> É graduado em Filosofia (Licenciatura); em Psicologia (Licenciatura) e Ciências (Licenciatura). É mestre em Psicologia (Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - MG - CES/JF); e mestre em Letras/Literatura Brasileira (Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - MG - CES/JF). Atualmente é Professor da Fundação de Ensino Superior de Cajazeiras - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras.

A Psicanálise define o investigador como instrumento do trabalho de pesquisa científica, sendo os fenômenos psíquicos apreendidos por sua percepção, algo decorrente do esforço em identificar as manifestações do inconsciente na clínica analítica. O que se faz possível através da insistência do pesquisador em manter-se fiel ao tripé: supervisão de casos clínicos, estudo de textos que fundamentam o trabalho psicanalítico e a análise pessoal. Essa busca insistente já foi indicada no item apresentação. E mais

[...] a psicanálise consiste num método com seus procedimentos para investigação sobre processos mentais praticamente inacessíveis por qualquer outro modo que não seja através da reação afetiva próxima em análise com o profissional psicanalítico<sup>1:272</sup>.

Turato também apresenta diferenças do ponto de vista do rigor da pesquisa entre a metodologia psicanalítica e a clínico-qualitativa, donde é possível extrair algumas informações acerca da metodologia utilizada pela primeira, como as seguintes: os pressupostos de pesquisa elaborados pelo investigador psicanalista

fazem-no aguardar num 'campo' onde o sujeito vier procurá-lo e num momento de coleta em que o *timing* do psicanalisando fizer trazer um material para igualmente, confirmar ou rever as hipóteses iniciais deste analista. [...] o psicanalista em pesquisa clínica utilizará, [...] somente seus pacientes, já que o material de pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados 'colhidos' não virão pela proposta de um assunto colocado ao analisando.

Pelo procedimento de investigação, o psicanalista terá material abundante e profundo de cada paciente, já que o sistema de sessões regulares, nas quais ocorrerão a relação terapêutica, e secundariamente, a relação pesquisador-pesquisando, permitirá uma apreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico do indivíduo sob estudo. Porém, na pesquisa clínico-qualitativa, embora também a amostra de sujeitos seja, por natureza, pequena, dificilmente poderá se resumir a três ou quatro casos (muito

menos a um ou dois estudados em quase exaustão, como é possível na pesquisa psicanalítica)<sup>1:273</sup>.

E segue ele apontando ainda mais algumas distinções:

Outros procedimentos têm, no momento, lugar garantido na construção metodológica da pesquisa clínico-qualitativa, o que não é confirmado na psicanálise clínica, tais como: o uso do emprego do gravador para registro da entrevista, uma entrevista semidirigida como instrumento auxiliar de pesquisa disposto já no projeto; e o *setting* construído no ambiente usual do sujeito (uma instituição de saúde, sua residência, etc.)<sup>1:274</sup>.

O presente trabalho desenvolve uma pesquisa bibliográfica, acompanhada de uma exposição de dois fragmentos de casos e de algumas percepções clínicas. O sujeito pesquisador está ciente de que sua subjetividade manifesta-se na escolha do tema, nas questões levantadas, nos seus objetivos, na bibliografia, uma vez que é ele quem decide os passos da pesquisa. Ele sabe que o sujeito pesquisado, assim como o pesquisador, é complexo, inacabado e em permanente transformação, justamente por tratar-se de um sujeito. Ciente ainda das implicações de uma investigação psicanalítica, como por exemplo, o fato de ser ele mesmo o instrumento da pesquisa, procurou utilizar os recursos que ela disponibiliza para chegar à seleção dos dois fragmentos de casos apresentados. Vale indicar mais uma vez a constância no tripé citado há pouco.

Aqui é possível sinalizar alguns elementos que se tornaram chaves para tal escolha: pensou-se em privilegiar, em consonância com os objetivos deste trabalho, a resignificação da vida pelas pvha (pessoas vivendo com HIV/aids) no contexto terapêutico, nos casos em questão, com uma peculiaridade, o fato de elas resignificarem a vida quando da morte tão próxima; tentar trazer mais uma vez à baila a questão – o que pode a clínica psicanalítica na contemporaneidade, fora do espaço específico dos consultórios privados; e por fim, e não menos importante que os elementos anteriores, mostrar a

atualidade da escolha de Freud pelo tratamento de pessoas em situações excluídas, conforme ocorria com as mulheres histéricas nos primórdios da psicanálise.

Guardadas as devidas diferenças, têm-se hoje condições de semelhante exclusão, ou quiçá um pouco mais marginalizadoras, para com as pvha; sobretudo com aquelas que contraíram o HIV a partir de relações sexuais, agravando tal marginalização se esta pessoa for um profissional do sexo.

Os relatos dos dois fragmentos de casos e das percepções clínicas, em conformidade com a psicanálise, surgem das recordações do pesquisador. Os atendimentos aos dois sujeitos relatados nas frações de casos ocorreram no período de agosto de 1993 e novembro de 1994, anos em que ambos faleceram, no Hospital de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, referência para o tratamento de doentes de aids no estado da Paraíba, situado no município de João Pessoa.

Enviou-se o projeto de pesquisa intitulado "o processo de resignificação da vida pelas pessoas portadoras de HIV/aids", ao Comitê de Ética em Pesquisa – CES/JF, que emitiu parecer favorável. No documento, informam-se que os fragmentos de casos e as percepções vindas da práxis clínica serão utilizados exclusivamente para fins de análise, tornando-os públicos, todavia preservando a identidade dos sujeitos pesquisados.

Para pensar o problema indicado nesta pesquisa e interpretar os fragmentos de caso e percepções da escuta clínica analítica, percorrem-se os caminhos indicados pela teoria psicanalítica freudiana, com conceitos como: transferência, resistência e elaboração.

Reconhecem-se os limites deste estudo uma vez que nele não se observa uma investigação exaustiva dos dois casos e sim de uma fração deles. Sabe-se que isto deveu-se a dificuldades vinculadas aos custos exigidos pela pesquisa. No entanto, esteve-se sempre alerta e tudo foi realizado visando a atingir os objetivos desta pesquisa e não deixar que os obstáculos impedissem a qualidade do trabalho.

## AIDS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA

A síndrome da imunodeficiência adquirida não é somente algo da área biomédica, é muito mais do que isso. Ela envolve subjetividades, acerca das quais nem sempre é fácil de se falar/escutar, mas várias são as pvha que vão se dando conta dessa realidade e que se decidem pelo tratamento de seu psiquismo, e vários são os profissionais que também se tocam pela necessidade de oferecer essa escuta. Pois sabe-se que: "o psiquismo não necessariamente adoece da mesma maneira que o organismo. Pelo contrário, "a saúde do psiquismo dá a vida e ao organismo da pessoa infectada, a sua melhor qualidade" 2:1 (grifo do autor).

O tema da subjetividade convoca a se indagar acerca da incerteza, esta protagonista do pensamento das pessoas infectadas pelo HIV. Com suas rotinas rigorosas, aquelas que já iniciaram ou uso das terapias anti-retrovirais (TARV), e com o fantasma perseguidor da possível necessidade de começar o tratamento, aquelas que ainda estão fora dele, ambos os grupos colocam em questão algumas das situações anteriores às suas condições de soropositividade para o HIV. E saindo de suas pseudo-certezas, são remetidas às dúvidas e às incertezas. A vida precisa então ser inventada a cada dia, a cada momento, pois só assim, parece existir a possibilidade de aquelas pessoas seguirem ainda confiantes, esperançosas e criativas.

As dúvidas, quando trabalhadas, conseguem transformar o viver de uma pessoa. A análise possibilita ao sujeito conviver melhor com suas incertezas. Nela, ele procura saber de si para poder cuidar de si. A escuta analítica de pvha tem indicado que a experiência do saber de si propicia o aprender a se amar de novo, uma vez que ela recorda, recupera e reintegra materiais inconscientes de forma que sua vida atual possa ser mais satisfatória. Pois a relação psicanalítica é antes de tudo uma relação criadora, daí a oportunidade de inventar a vida.

Se em várias patologias, o status de doenças crônicas impõe às pessoas que com elas sofrem, uma convivência diária com a ideia opressiva de uma morte anunciada, com a aids, o advento de tal distinção

trouxe para muitas pessoas infectadas pelo HIV esperanças e motivos a mais para lutarem por melhor qualidade de vida e pela conquista da cura. Mas é também verdade que para outras, o início da TARV é um momento que reacende a angústia inicial surgida com o diagnóstico. Para estas, inicialmente, a nova fase, o novo status da aids, não lhes proporciona tanto motivo para lutar, antes promove nelas um esmorecimento.

Atualmente, parece que o fantasma da morte que marcou sobremaneira o início da aids, começa muito lentamente a ser afastado. Assim, receber o diagnóstico de soropositividade vai também, pouco a pouco, perdendo sua condição de sinônimo de morte. Ao contrário do que ocorria no início da epidemia, quando, a tônica das Campanhas Públicas do Ministério da Saúde do Brasil era "aids mata", neste início de século 21, esse mesmo Ministério incentiva as pessoas a se submeterem ao teste para verificarem suas condições sorológicas para o HIV e disponibiliza tratamento gratuito para todos os portadores no país.

A aids ainda não tem cura, está sob condições administráveis, mas isso não significa que exista um baixo custo do tratamento para as pessoas por ela acometidas. Fala-se aqui, não em custos financeiros, mas de efeitos adversos agressivos ao soma e conseqüentemente também ao psiquismo do sujeito. Tristeza, desencanto, revolta, desespero, depressão, angústia, isolamento, temores, dentre outras queixas e questionamentos, mostram a condição sine qua non de um atendimento às necessidades emocionais dessas pessoas.

A escuta psicanalítica às pvha no hospital foi fundamental para que muito se aprendesse desses caminhos trilhados. Possibilitar àquelas pessoas o acesso a uma escuta analítica, passou a ser a meta do psicólogo clínico. E mesmo sabendo do impossível, seguia-se pedindo-lhes que falassem tudo. Falar e ser escutado sem restrições fazia a diferença: indicava a possibilidade do inconsciente, da psicanálise, do analista.

Desde cedo, verificou-se que a transferência era algo palpável nas relações entre os profissionais de saúde que atuavam no hospital e os pacientes ali internos.

Observava-se, por exemplo, como ocorriam algumas conquistas, no tratamento médico de algumas pessoas através de suas longas conversas com uma auxiliar de enfermagem. Sabia-se que ali havia transferência, mas que, não raro, a própria profissional desconhecia.

Entendia-se que, embora eficiente, aquela não era a transferência utilizada no trabalho analítico. Pensava-se na transferência analítica, esse fenômeno basilar no processo psicanalítico, no qual situações vividas outrora e recalçadas pelo sujeito podem retornar em forma de revivência. O sujeito pode endereçar ao analista tantos sentimentos amistosos, de amor e admiração, como de inveja, ciúme, emulação e ódio. Pensava-se também na função da psicanálise para aquelas pessoas, naquele espaço.

Cita-se o atendimento a um jovem A.L., 23 anos que trabalhava como profissional do sexo até o agravamento da doença. Encontrava-se acamado no leito do hospital, estava agressivo, recusava até mesmo a visita de seus familiares, pois a aids o havia ferido naquilo que ele mais prezava: a beleza física. Seu corpo escultural de outrora (conforme ele mesmo afirmava) tornara-se esquelético após uma grande perda de peso e de massa muscular. Os sofrimentos físicos, diarreia, Sarcoma de Kaposi, intensas dores de cabeça, somados aos problemas emocionais daí surgidos, fizeram com que o médico o orientasse a solicitar o atendimento por um dos profissionais do Setor de Psicologia, ao que ele se recusou de imediato. Uma vez aumentadas as dificuldades, e ele próprio já se sentindo um tanto quanto desgastado, efetuou o pedido e deu-se início ao atendimento.

"Estou cansado de tanto ter que falar com médicos, enfermeiras, assistentes sociais, e agora também com psicólogos". Foram essas as suas primeiras palavras. Aponta-se como o seu discurso seguia mostrando que parecia estar ocorrendo em seu sofrer um reencontro com um objeto, dado que este tipo de encontro pode produzir tanto um flash de satisfação quanto o horror, já que nada mais há que se buscar. E mais, sabe-se que todo encontro com o objeto, é na verdade, um reencontro com esse mesmo objeto de uma

satisfação que se teve/tem. E isso é o que leva à repetição, à destrutividade.

Após seu falecimento, refletiu-se ainda algum tempo sobre aqueles encontros difíceis, marcados em alguns momentos pela resistência. Segundo Pimenta<sup>3</sup>, a resistência é esse impedimento do retorno do recalcado ao sistema consciente, dada a energia que o mantém no inconsciente a fim de impossibilitar o surgimento da angústia. Foi necessário analisá-la e superá-la, assim como foi também preciso reconhecer e se dedicar à transferência para que fosse assegurada a continuidade do processo. Mas entendeu-se que ao disponibilizar para aquele sujeito a possibilidade da palavra, colaborou-se com o seu assumir o desejo de falar e de falar o desejo. E ainda que a factualidade da morte estivesse ali bastante presente, ousou-se uma escuta analítica.

A impressão inicial era de que seria um trabalho difícil, já que ele se encontrava por demais revoltado com toda aquela situação. Ao escutá-lo, porém, contribuiu-se para que a sua necessidade de verbalização de seus sentimentos angustiantes e opressores; e de sua história, que em nenhum outro lugar provavelmente teria sido exposta daquela maneira, pudesse vir à palavra. Não era uma narrativa de fatos, mas conforme se percebeu desde o início, o presente e o passado se mesclavam de tal modo que, ao falar de sua exclusão no passado, na família, na escola, ela fundia-se à exclusão em que se encontrava no momento. Parece que é essa a compreensão de Freud desde o trabalho com as histéricas, a psicoterapia analítica reconstituindo um passado no presente.

Ainda um outro atendimento no hospital remete à questão da transferência e mais uma vez entende-se a pertinência da psicanálise, posto que não se justifica uma clínica psi específica da aids, pois desde Freud, a psicanálise sempre se faz a partir do inconsciente. E mesmo quando o sujeito se apresenta marcado no corpo por uma possível morte próxima de acontecer, é válido recordar que é a transferência, e não o tempo, que define a possibilidade de uma análise. Por essa razão, mais uma vez a escuta analítica foi ofertada a uma jovem A.M., 17 anos, possibilitando-a

recordar, talvez repetir e elaborar conteúdos significativos de sua vida.

A adolescente A.M., chegou no início da tarde transferida de outro hospital de referência em busca de tratamentos mais eficazes para as suas dificuldades respiratórias. Ela mesma solicitou o atendimento psicológico indicando em seu pedido o nome do único psicólogo estagiário do setor. Antes de seguir para o quarto da paciente, como de costume, verificou-se o prontuário, e ali, o médico de plantão informava da impossibilidade da paciente falar, em função do agravamento dos seus problemas respiratórios.

Desde o resultado positivo de seu teste de sorologia para o HIV, A.M. assumiu o tratamento tanto na clínica médica quanto na psicológica e quando os recursos se esgotaram no hospital de origem e informaram-lhe que seria transferida, ela desejou ser escutada, pedindo que lhe viesse sua psicoterapeuta. Durante aquela sessão, ela decidiu que, apesar da impossibilidade da psicoterapeuta atendê-la no hospital para onde estava sendo transferida, não suspenderia o tratamento psicoterápico, conforme não o faria com o tratamento clínico. Orientada pela psicóloga a solicitar o atendimento pelo estagiário de psicologia daquele hospital, pois o conhecia e confiava no seu trabalho, A.M., o fez tão logo foi possível.

Retirando a máscara de oxigênio, disse: "preciso falar, você pode me escutar?" ela sabia muito bem de sua condição e, conforme informara o médico, não havia mais nada que se pudesse fazer. Entretanto, se não havia o que fazer, era possível que muito se pudesse escutar. O desejo de continuidade de sua análise permanecia e disso A.M. não abriria mão mesmo diante da orientação médica. Sugeriu-se, então, que falasse com calma e que tantas quantas fossem as pausas necessárias, que ela as fizesse, pois para tanto disponibilizava-se o tempo que fosse necessário.

Durante quase duas horas, houve por parte da paciente uma espécie de organização do material elaborado, nas inúmeras sessões de A.M. com sua psicoterapeuta. Entre retiradas e reposicionamento da máscara de oxigênio, a adolescente ia como que recordando

fragmentos de sua vida, enquanto se esforçava para esclarecer o sentido do material que surgia. Namoro, escola, trabalho, dor, aflição, hospitalizações; cerimônias religiosas, estudos bíblicos, manutenção do controle e aceitação da sua soropositividade através do conforto encontrado em suas práticas religiosas, brincadeiras de infância, desejos, sonhos, etc. Diante de tanto material verbalizado, o atendimento priorizou a escuta, as poucas intervenções feitas objetivaram ajudá-la a ir trazendo à luz todas aquelas lembranças que realmente davam a impressão de uma despedida.

A.M. lembra suas resistências iniciais à psicoterapia e como foi aprendendo a deixá-las, contando para tanto com a paciência e dedicação de sua analista. Recorda, também, a coragem que precisou ter a fim de dirigir sua atenção para o que realmente marcara a sua maneira de lidar com a vida, com a doença, e agora, com a morte que se aproximava. Lembra, ainda, a sua escolha em manter o seu vínculo religioso mesmo tendo, como adolescente, constatado o desespero de sentir sua vida se esvaindo, justamente no momento em que poderia viver as mais interessantes aventuras, no auge da juventude. Sua força interior, afirmara a jovem, era conquistada nos cultos religiosos e nas meditações do texto bíblico.

Na escuta de pvha, não raro, a evocação de Deus se faz presente, ora traduzindo sentimentos hostis, ora amistosos e mesmo amáveis. Parece que o expressar crenças e questões religiosas, quase sempre, surge e ressurgue como uma resposta possível ao sentimento de desamparo diante da soropositividade para o HIV. Mudanças no comportamento religioso foram observadas na clínica com esses sujeitos. Transferências de denominações religiosas, sentimentos de maior proximidade com o divino, maior frequência a atividades religiosas são recorrentes nas falas acerca do tema. O certo é que quase sempre há uma melhor adesão à crença religiosa.

Freud em seu pequeno artigo *Uma experiência religiosa* tece considerações sobre um jovem que passou a ser crente, assimilou e conformou-se a tudo aquilo que lhe haviam ensinado na infância sobre Deus. Para o autor, aquele impulso voltado para a religião era na realidade uma repetição da situação edípica<sup>4</sup>. Parece

que a crença no Deus, que é pai, funciona como um apoio à estrutura psíquica do sujeito, propiciando-lhe uma melhor superação ou uma maior capacidade de suportar tanto problemas relacionados à saúde quanto os sociais. Mas este é um problema que exige uma pesquisa mais demorada, merecendo maiores detalhamentos.

A escuta de A.M. se fez numa única sessão, pois no dia seguinte a mesma havia falecido. Este atendimento renovou o convite a pensar que em situações extremas, como é o caso da proximidade da morte, a psicanálise, essa prática clínica alicerçada na escuta, pode ser de grande valia, ajudando a pessoa a morrer com dignidade. O amor de transferência ali se fez forte, capaz de assegurar a continuidade do tratamento, ainda que à distância da analista. Isso porque, em seu processo A.M. já havia compreendido que a análise era sua e não da analista, visto que o desejo em questão era o seu. (Sabe-se, certamente, da existência e necessidade do desejo da analista). E mais, parece que a possibilidade dessa compreensão deveu-se sobretudo à força daquele tipo de amor e como ele foi manejado pela analista desde o seu advento.

Apoiando-se nas observações de Freud acerca do amor transferencial e no fragmento do caso apresentado, é importante salientar que

[...] todas as recomendações que Freud faz sobre o manejo da transferência, longe de se constituírem regras morais exigem do analista que ocupe o lugar de objeto do desejo para o analisando. Se o analista não aceitar fazê-lo fica impedida a circulação pulsional pela qual emerge o sujeito. O amor de transferência faz obstáculo à cura, mas é através dele que o analista conduz o tratamento desde que saiba dele valer-se: aceitar o amor, propondo ao analisando que teça com palavras sua história de amor pelo Outro<sup>5:113</sup>.

São muitas as histórias de amor pelo Outro que vão sendo tecidas pelas pvha, e algumas delas testemunharam-se desde o período em que o único medicamento disponível para o tratamento era o AZT. É pertinente esclarecer que embora hoje se disponha de vários medicamentos para o tratamento, é preciso ressaltar que ainda não se atingiu a cura. Com as TARV, no Brasil, reduziu-se de forma extraordinária

o número de mortes em consequência da aids.

Cada pessoa a seu modo, expondo ou não publicamente sua soropositividade para o HIV, vai buscando ressignificar a vida à sua maneira. Enquanto a cura definitiva não chega, muitas destas pessoas seguem dia após dia inventando a cura que é o viver com HIV/aids investindo na qualidade de vida. Tornam-se militantes em grupos do movimento social de luta anti-aids e de assistência às pvha; vivem as rotinas ambulatoriais e/ou hospitalares e de adesão ao tratamento; sofrem com as mudanças de suas trajetórias com as dores, as tristezas, os conflitos internos e externos e a angústia; participam de reuniões, encontros, fóruns, debates, congressos, seminários; celebram os momentos fortes da história da aids no Brasil e no mundo, e também nas histórias pessoais; não raro, cuidam uns dos outros e apostam em criativas formas de convivência com a infecção. Elas são, como bem expressa o título do trabalho monográfico da psicóloga Gerlani Florêncio Araújo<sup>6</sup> sobre a versão da epidemia no discurso das pvha, Mãos que tecem a história em HIV/aids.

Mas, afinal quem são estes personagens cujas mãos tecem a história em HIV/aids e que relatam na clínica analítica histórias de amor pelo Outro? As pvha que chegam na clínica são: mulheres e homens, adolescentes, adultos, idosos, e mesmos crianças. São bissexuais, heterossexuais, travestis, transsexuais, homossexuais, usuários de drogas injetáveis ou não; religiosos, casados, solteiros, profissionais das mais variadas áreas; uma diversidade de perfis que muito se assemelham àquelas das personalidades destas tantas pessoas. Desta maneira,

os indivíduos soropositivos não possuem um perfil definido a priori, nem de idade, nem de sexo, nem de orientação sexual, nem de reação à infecção, nem de maneira de conduzir a sua vida, antes ou depois do diagnóstico de soropositividade, nem necessariamente de características de personalidade semelhantes a outras pessoas contaminadas. Em cada caso, o impacto emocional de estar infectado e as consequências desse impacto na vida cotidiana dependem da história pessoal do acesso ou não a recursos amplos pra conviver com a infecção.

Há, sim, um ponto em comum: é o da pessoa saber-se portadora de um vírus que

mesmo sendo cada vez mais compreendido e melhor tratado medicamente, gera uma severa, discriminação social na maior parte dos casos. Discriminação que, obrigando muitas vezes a esconder esta condição, incide fundamentalmente como obstáculo de acesso aos recursos – comunitários, emocionais e econômicos – para combater a infecção<sup>2:11</sup>.

Ouvem-se com frequência histórias de amor pelo Outro, isto é, desde o momento em que as pessoas chegam, questionando-se acerca da sua contaminação, onde o Outro aparece inicialmente como o lugar de onde lhe veio a contaminação: o Outro, que surge sem rosto e sem o nome próprio, o Outro fantasmático, que é a própria morte adentrando à vida. Morte que, se de fato habita o corpo das pvha e lhes surge como algo urgente, também já se encontra trabalhando nos corpos de todos os outros homens e mulheres soronegativos e sorointerrogativos posto que, como se sabe, a morte é inevitável.

Com a escuta destas histórias observa-se que são muitas as situações que em geral agravam as instabilidades emocionais das pvha, como: a necessidade de encobrir o diagnóstico; o temor à rejeição, uma maior evidência dos conflitos já vividos com seus familiares; a falta de perspectivas de cura; o afastamento das atividades profissionais; os sentimentos de estranhezas percebidos nos olhares ou nas palavras; o medo da indiferença, do repúdio, do sofrimento e da morte; mesmo assim atenta-se para a realidade de que o tratamento do psiquismo dos pacientes com HIV/aids não conduz para uma forma especial de psicoterapia.

Na aids, o tema, que surge para o sujeito é vida/morte, portanto, não há que se criar um novo modelo de psicoterapia para lidar com a questão emergente. Pois se o sujeito precisará elaborar o problema da castração, ou seja, o problema dessa ameaça trágica que está vivenciando, certamente, ele poderá fazê-lo recorrendo ao trabalho analítico.

A análise exige da pessoa acometida pela aids, conforme o faz com qualquer outro sujeito, coragem a fim de dirigir sua atenção aos fenômenos de sua doença. Os sintomas precisam ser encarados não como algo do passado, mas como uma força atual, capaz de expressar um material recalcado, essa preciosidade para o

tratamento. Pois é daí que o paciente repete ou atua, manifesta suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter; além de repetir todos os seus sintomas no seu discurso durante o tratamento.

É pela via da transferência que o recalcado pode tornar-se consciente, dado ao trabalho de interpretação. O sucesso acontece quando o analista consegue que os sintomas sejam ressignificados pela transferência, substituindo a neurose comum por uma neurose de transferência da qual o paciente pode ser curado pelo tratamento.

A experiência do imprevisível, própria da práxis psicanalítica, se deve a uma posição dialetizante entre o analista e o sujeito em análise, que juntos realizam uma caminhada inédita, construída passo a passo. Nela, há a escuta psicanalítica, este instrumento de trabalho às vezes tão incômodo já que aponta e denuncia o mal-estar. Escuta a partir da qual o analista realiza o seu ofício onde quer que se encontre. Foi justamente aí que se apostou quando se assumiu a tarefa clínica com as pessoas impactadas emocionalmente em decorrência da contaminação pelo HIV.

Pois, diante das questões da contemporaneidade, a pergunta: o que pode um analista?, parece nunca querer se calar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo constatou-se a possibilidade de contribuições da psicanálise para o atendimento de pvha. Pois há muito se sabe: a psicanálise é esse fazer arriscado e silencioso, essa construção de um caminho surpreendente caracterizado por um mergulho na subjetividade. Sabe-se também, que é pela análise pessoal que se aprende e apreende a linguagem do inconsciente.

Verificou-se, via discurso dos sujeitos acometidos pela aids, que eles puderam ressignificar suas vidas no contexto terapêutico e que para isto se serviram de inúmeros elementos. O estudo dos fragmentos dos casos A.M. e A.L., fundamentados nas Teorias Psicanalíticas, tornaram possível considerar que aqueles sujeitos também foram atuantes na construção das respostas dadas à epidemia. Eles o fizeram, através das suas produções de subjetividade, das quais, foram ressignificando suas vidas.

---

## AN ANALYTIC LISTENING TO PEOPLE LIVING WITH AIDS

### ABSTRACT

This work proposes to consider: how people with HIV/aids signify their lives at therapeutic context. With this purpose a biographical study was used together with the exposition of two case fragments and some perceptions in psychoanalytic clinic. It is about a research based on Psychoanalytic Theory. The study has showed that patients with HIV could review his/her lives and make a plan of new contents. From this process resignifications of their lives occur which are, like their own perspectives, subjective and therefore different one from another.

**Key Words:** Aids. Psychoanalytic Theory. Death. Resignification.

---

## REFERÊNCIAS

1. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humana. Petrópolis: Vozes; 2003.
2. Lent CF, Valle A. Pontes: AIDS e Assistência. Rio de Janeiro: Banco de Horas do IDAC; 1997.
3. Pimenta AC. Sonhar, brincar, criar, interpretar. São Paulo: Ática; 1986.
4. Freud S. Uma experiência religiosa (1928 [1927]). V. XXI. In: Freud S. Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
5. Fuks BB. Freud e a Judeidade: a vocação dos exílios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
6. Araújo GF. Mãos que tecem histórias em HIV/AIDS. 2001. 96f. Monografia (Especialização em Sexualidade Humana). Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa; 2001.