

PATRÍCIA MARIA FASSINA LEPRI

Aspectos psicológicos do adolescer com HIV/Aids:
estudo de caso

ASSIS
2007

PATRÍCIA MARIA FASSINA LEPRI

Aspectos psicológicos do adolecer com HIV/Aids:
estudo de caso

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora prof. Dra. Vera da Rocha Resende

ASSIS
2007

PATRÍCIA MARIA FASSINA LEPRI

Aspectos psicológicos do adolescer com HIV/Aids:
estudo de caso

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Comissão examinadora:

Prof. Dra. Vera da Rocha Resende
UNESP - Assis

Prof. Dra. Maria Lúcia de Oliveira
UNESP - Araraquara

Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão
UNESP - Assis

Assis, 18 de dezembro de 2007

Ao meu pai, em memória...

Agradecimentos

Aos meus pais Célia e José Carlos (em memória), sempre corajosos por permitir e incentivar meu crescimento e sem os quais, tenho certeza, mais essa conquista não se faria possível...

Ao meu amor, Alfredo, por estar comigo nesses anos que parecem passar voando com a suavidade de uma brisa e com o amor e a confiança que me encantam a cada dia...

Aos meus sogros, Lola e Toninho e minhas cunhadas, Mercedes e Natália que me acolheram como filha e como irmã...

Ao meu adorável irmão, Roberto, minha cunhada Dannyelle e minha linda sobrinha, Tatá, que iluminam meus dias, mesmo à distância...

À minha querida amiga, Denise Disaró Carlesso por sua inestimável ajuda neste trabalho e em tantos outros momentos de minha vida...

À minha orientadora Vera da Rocha Resende que tão bem me acolheu em sua casa e dedicou parte de seu tempo para este trabalho...

Às várias pessoas adoráveis que conheci no mestrado, dentre elas, Letícia, Marcio e Rafaela, por compartilharem comigo as angústias inerentes a este processo...

Ao meu eterno professor e amigo, Paulo Roberto de Carvalho, que desde a graduação é exemplo para mim de dedicação e amor ao que faz...

Aos meus pacientes, que ao longo desses anos, muito me ensinaram sobre o viver...

LEPRI, Patricia Maria Fassina. *Aspectos psicológicos do adolescer com HIV/Aids: estudo de caso*. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

O presente estudo teve por objetivo compreender como adolescentes soropositivos que convivem com o diagnóstico de HIV/Aids desde a infância vivenciam seu adolescer. A Aids configurou-se no contexto mundial como uma doença marcada pelo preconceito e pela discriminação, em função dos equívocos relacionados à sua origem e forma de transmissão que preconizavam a existência de grupos e comportamentos de risco. O advento do coquetel possibilitou um aumento no tempo e na qualidade de vida dos indivíduos soropositivos, incluindo as crianças contaminadas via transmissão vertical. Essas crianças cresceram e atualmente, encontram-se na adolescência e aspectos como construção da identidade adulta, sexualidade e socialização se fazem prementes e poucos estudos dedicaram-se a investigar os efeitos da Aids neste processo. Assim, participaram dessa pesquisa três adolescentes portadores de HIV/Aids, com idade de 16, 14 e 12 anos. Esta investigação considerou duas fontes de dados: a experiência clínica com esses adolescentes adquirida durante os atendimentos realizados no Ambulatório de Aids Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina, local onde a pesquisadora atua há sete anos; e entrevistas realizadas com os adolescentes e seus principais cuidadores com o objetivo de permitir a expressão de suas experiências sobre a Aids e o adolescer. A análise dos dados foi realizada à luz do referencial psicanalítico. Os resultados apontaram para a prevalência de temores frente ao preconceito e a discriminação em função do diagnóstico, sendo o segredo sobre ele, condição para manter as relações sociais. Com relação a construção da identidade adulta, a impossibilidade de revelação do diagnóstico fora do âmbito familiar dificulta o processo separação dos pais e a busca de novos objetos identificatórios, uma vez que o temor à rejeição é premente na vivência do adolescer dos entrevistados. Nesse sentido, a utilização do grupo na busca de um campo identificatório remete a um ideal narcísico de ser “igual” que não pode se realizar satisfatoriamente, significando um ataque ao sentimento de auto-estima e segurança. A sexualidade por sua vez, ocupa posição de destaque nos discursos dos adolescentes e seus pais, remetendo a possibilidade de transmissão e não aceitação do parceiro. A Aids pode aparecer como conteúdo defensivo frente as novas experiências, uma vez que vincula-se a uma realidade factual. Dessa forma, percebeu-se que a doença configura-se como um elemento central e impõe uma tarefa extra ao adolescente, que encontra-se fragilizado em decorrência do processo do adolescer.

Palavras-chave: Adolescer, adolescência, Aids, Psicanálise, transmissão vertical.

LEPRI, Patricia Maria Fassina. *Psychological aspects of entering adolescence with HIV/Aids: a case study*. 2007. 127p. Dissertation (Master's in Psychology) – Science and Language College of Assis, São Paulo State University (UNESP), Brazil 2007.

The current study aimed at understanding how HIV-positive teenagers who have lived with the diagnostic of HIV/Aids since childhood experience their growing up. Aids established itself worldwide as a disease marked by prejudice and discrimination, due to the misconceptions about its origins and transmission forms which professed the existence of risk groups and behaviors. The advent of the drug cocktail allowed for an increase in life time and quality of HIV-positive individuals, including children infected through vertical transmission. These children grew up and today are in adolescence and aspects such as the building of an adult identity, sexuality, and socialization become imperious and few studies sought to investigate the effects of Aids in this process. Therefore, three teenagers diagnosed with HIV/Aids, aged 16, 14, and 12, took part in this research. This investigation considered two sources of data: The clinical experience with these teenagers acquired during the sessions performed at the Pediatrics Aids Clinic at the University Hospital of Londrina, where the researcher has been working for seven years; and interviews performed with the teenagers and their main caretakers with the aim of allowing for the expression of their experiences about Aids and entering adolescence. The analysis of data was performed under the light of psychoanalysis. The results pointed towards a prevalence of fear of prejudice and discrimination due to the diagnostic, and keeping a secret about it was a way of maintaining social relations. Regarding the construction of an adult identity, the restrictions in revealing the HIV/Aids condition makes the process of detaching from the parents a difficult one, as is the search for new identifying objects, once the fear of rejection is imperious as the subjects enter adolescence. In this sense, the use of the group in seeking an identification realm takes them to an ideal ego of being “the same” which cannot be thoroughly fulfilled, meaning an attack to the feeling of self-esteem and security. Sexuality, by its turn, has a prominent role in the speech of the teenagers and their parents, addressing the possibility of transmitting the virus and of rejection by the partner. Aids can show itself as a defensive content in face of new experiences, once it is linked to a factual reality. This way, it was noted that the disease is established as a key element and imposes an extra task to the teenager, who is fragile as a result of the growing up process.

Keywords: Growing up, adolescence, Aids, Psychoanalysis, vertical transmission.

AIDS

RUBEM ALVES

A Aids faz as pessoas falarem em sussurros – como se estivéssemos diante do terrível vergonhoso. Por longos e divergentes que sejam seus caminhos, todos conhecem a sua filiação: nasceu de dois amantes abraçados num abraço de amor amaldiçoado e proibido. Lugar de segredo, deveria ter permanecido fechado, como um quarto proibido. Todos temos um quarto secreto, onde ninguém deve entrar: mora ali nossa intimidade mais profunda, que nenhum olhar deve contemplar. Por isso nos cobrimos de roupas, para proteger a nossa nudez dos olhos cruéis dos estranhos.

Mas a doença arromba a porta, e transforma a intimidade numa sala de museu, aberta à visita pública. E quando isso acontece, aquilo que foi vivido como paixão, se transforma em pornografia. A pornografia não está no abraço, mas nos muitos olhos que contemplam, como espetáculo.

A Aids tem, assim, duas dores: a dor da enfermidade e a dor dos olhos dos outros. A sua morte, então, se cobre com as palavras da vergonha, palavras mal-ditas que devem ser ditas num sussurro. E até mesmo os religiosos a chamam de punição divina pelo amor amaldiçoado...

Depois, é a dor da solidão. Nascida da intimidade do amor proibido, a sua revelação torna pública qualquer intimidade, o doente de Aids vive isolado numa bolha de assepsia hospitalar. Não para sua proteção. Ele não precisa ser protegido. São os outros que precisam ser protegidos contra o seu amor, pois o seu amor é mortal. E ao redor de seu corpo, silenciosamente, vão se enrolando os fios, teias de um poema terrível que se transforma em jaula. E que diz: “Abandonai toda esperança de amor, vós que estais aqui...” Qualquer proximidade, qualquer contato, qualquer carinho, qualquer abraço estão para sempre proibidos.

Por vezes me vem a idéia louca de que todos estamos contaminados pela Aids. Pois no corpo de todos nós a morte faz também silenciosamente seu trabalho. Os exames de sangue nada revelam, mas o espelho diz a verdade...

O que nos diferencia não é que alguns sejam sadios e outros enfermos. Estamos todos infectados com a mesma doença. Por isso somos todos irmãos. A diferença está no poema que recitamos diante do horizonte que se aproxima. E é com estas palavras que a vida trava a sua batalha contra a morte. Pois o corpo, como diz o texto sagrado, não se alimenta só com o pão – e remédios -, mas com toda a palavra que sai da boca de Deus. A linguagem de Deus é a poesia. É a beleza que faz acordar em nós o desejo de viver.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. MÉTODO E PSICANÁLISE.....	19
1.1. A pesquisa em psicanálise.....	19
1.2. Psicanálise fora do consultório: constituição enquanto método de pesquisa.....	21
1.3. Metodologia: o estudo de caso na pesquisa em psicanálise.....	23
1.3.1. A escolha dos participantes.....	23
1.3.2. O local da pesquisa: caracterização do hospital.....	24
1.3.3. O desenvolvimento da pesquisa.....	24
1.3.3.1. A análise da história de vida.....	26
1.3.3.2. A entrevista como instrumento de apoio para a pesquisa em psicanálise.....	27
2. A VIDA ENTRELACADA AO HIV/AIDS.....	30
2.1. Aspectos biológicos do viver com HIV/Aids.....	32
2.2. O imaginário social do HIV/Aids.....	34
2.3. O Eu com HIV/Aids: a invasão do mundo mental.....	41
3. O ADOLESCER	44
3.1. O adolescer e a sociedade	44
3.2. A busca da identidade.....	45
3.3. A vivência da sexualidade.....	51
3.4. O adolescente, a família e o grupo.....	53
3.5. O desenvolvimento cognitivo.....	55

4. ESTUDO DE CASO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA E DAS ENTREVISTAS.....	59
4.1. Lucas.....	60
4.1.1. Quem é Lucas?.....	60
4.1.1.1. A história de vida e da doença.....	60
4.1.1.2. As reações familiares ao diagnóstico.....	61
4.1.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Lucas.....	63
4.1.2. As entrevistas.....	68
4.1.2.1. A entrevista com Joana.....	68
4.1.2.1.1. Considerações.....	70
4.1.2.2. A entrevista com Lucas.....	71
4.1.2.2.1. Considerações.....	77
4.2. Gustavo.....	80
4.2.1. Quem é Gustavo.....	80
4.2.1.1. A história de vida e da doença.....	80
4.2.1.2. As reações familiares ao diagnóstico.....	81
4.2.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Gustavo.....	83
4.2.2. As entrevistas.....	86
4.2.2.1. A entrevista com Renata.....	86
4.2.2.1.1. Considerações.....	88
4.2.2.2. A entrevista com Gustavo.....	89
4.2.2.2.1. Considerações.....	93
4.3. Alice.....	95
4.3.1. Quem é Alice.....	95

4.3.1.1. A história de vida e da doença.....	95
4.3.1.2. As reações familiares ao diagnóstico.....	96
4.3.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Alice.....	97
4.3.2. As entrevistas.....	99
4.3.2.1. A entrevista com Marta.....	99
4.3.2.1.1. Considerações.....	101
4.3.2.2. A entrevista com Alice.....	101
4.3.2.2.1. Considerações.....	105
5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
5.1. O adolescer com Aids e a sociedade	106
5.2. O Eu entrelaçado à Aids	109
5.3. Sexualidade: do perigo da morte aos perigos da vida.....	113
5.4. O adolescer com Aids: do universo familiar ao universo social.....	115
5.5. Considerações finais.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	128

INTRODUÇÃO

Quando surgiu, na década de 1980, a Aids colocou em alerta a população mundial, por ser, então, fatal. Na época, pouco se sabia sobre essa doença. Sua disseminação foi avassaladora, assim como a rapidez com que os pacientes vinham a óbito. Não havia cura e o diagnóstico da Aids era uma sentença certa e rápida de morte. Também era tida como uma doença seletiva – só atingia homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Essa visão se modificou pela simples constatação de que o vírus HIV, ao contrário da sociedade, não selecionava grupos específicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2001, havia 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, no mundo, e que 25 milhões já haviam morrido, incluindo 5 milhões de crianças. No Brasil, já foram identificados cerca de 433 mil casos de Aids (de 1980 a 2006), sendo que o país acumulou 183 mil mortes pela doença, até dezembro de 2005, a maioria tendo ocorrido no período que antecedeu ao surgimento do coquetel. Observa-se ainda o fenômeno da feminilização da doença, com o crescimento do número de mulheres infectadas em relação à população masculina (BRASIL, 2007).

No cenário inicial, surgiram os primeiros casos de transmissão vertical¹ – onde a mãe, portadora do HIV ou doente de Aids², infectava seu filho. Pouquíssimas crianças sobreviviam e também para elas a doença representava morte certa. Isso começou a mudar, a partir de 1987, com o surgimento do AZT, droga que consegue retardar o efeito do vírus e, em 1996, com o coquetel antiretroviral, que trouxe novas esperanças para as pessoas que vivem com HIV e Aids. Assim, também as crianças soropositivas puderam sobreviver e ganhar qualidade de vida com a diminuição das interações decorrentes das doenças oportunistas. Podiam, desse modo, conquistar uma vida normal, ou quase normal para uma criança, pois remédios e exames fariam parte da rotina.

¹ A Transmissão Vertical se dá de mãe para filho, podendo ocorrer durante a gravidez, devido aos altos níveis de carga viral da mãe e ruptura da membrana placentária, ou durante o parto, através do contato da criança com o sangue materno, ou ainda após o nascimento, através do leite materno.

² Existe diferença entre o portador do vírus HIV e o doente de Aids. O primeiro possui o vírus, mas não apresenta sintomas físicos e sua carga viral (quantidade de vírus no sangue) é baixa, não fazendo uso de medicações antiretrovirais. O doente de Aids já manifesta sintomas da doença, necessitando utilizar essas medicações para o controle do vírus.

Pude conhecer mais profundamente essa realidade, quando, no ano 2000, passei a integrar a equipe do Serviço de Ambulatório Interdisciplinar de Aids Pediátrica, que funciona no AHC³, desde 1996, e que atualmente é composto pela seguinte equipe interdisciplinar: dois médicos docentes infectologistas pediátricos, médicos residentes em infectologia pediátrica, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos.

A população atendida é formada por crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, divididos em: 1) pacientes HIV *exposed* (recém-nascidos filhos de mães soropositivas) acompanhados até a idade de dois anos, para a confirmação da sorologia⁴; 2) pacientes com sorologia confirmada, mas que ainda se mantêm sem necessidade da medicação e 3) pacientes com sorologia confirmada, já em uso da medicação. O ambulatório tem atualmente 83 pacientes, sendo que 44 são HIV *exposed* e 39 são pacientes com sorologia confirmada para HIV. Destes, 21 têm idade entre 10 e 17 anos.

Minha atuação divide-se em duas tarefas: a primeira, refere-se ao atendimento aos pacientes soropositivos infantis e adolescentes internados na Unidade de Moléstias Infeciosas do Hospital Universitário (HU). Importante salientar que a frequência de internações desses pacientes diminuiu consideravelmente, em decorrência do uso das medicações e do acompanhamento sistemático da equipe; a segunda tarefa, por sua vez, relaciona-se ao atendimento desses pacientes em seus retornos mensais ao AHC. Neste, o funcionamento do Ambulatório ocorre às quartas-feiras, no período da manhã, e os pacientes são consultados mensalmente, para o monitoramento clínico (através de exames e controle da medicação) e para os atendimentos com os demais profissionais da equipe. Os pacientes e seus pais/responsáveis são atendidos por mim, com o objetivo de identificar alguma dificuldade ou demanda que justifique um acompanhamento em psicoterapia, no Ambulatório de Psicologia Geral, que também funciona no AHC. Dessa forma, foi possível conhecer todos os pacientes, o que facilitou as discussões de caso com a equipe e a identificação precoce das demandas psicológicas.

Na época em que iniciei meus trabalhos junto a essa equipe, vivia-se ainda a euforia dos resultados do coquetel antiretroviral. As crianças tinham um bom desenvolvimento biológico e conseguiam sobreviver de maneira satisfatória, sob a ótica médica. De fato,

³ Unidade que integra o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, onde são realizadas as consultas eletivas (previamente agendadas) e onde funcionam os diversos ambulatórios e projetos de especificidades médicas e não médicas.

⁴ Atualmente, o acompanhamento correto durante o pré-natal diminuiu drasticamente a infecção por HIV via transmissão vertical, assunto este que será tratado mais detalhadamente no Capítulo 2 desta pesquisa.

surpreendi-me com as crianças que encontrei, podendo perceber o quanto da visão estigmatizada sobre a Aids estava dentro de mim. Eu permanecia ligada à idéia de morte e degeneração física, incompatíveis com toda a vitalidade presente naquelas crianças.

Entretanto, se, do ponto de vista biológico os avanços eram visíveis, na parte psicológica e social havia muitas dificuldades. A maioria das crianças não sabia o seu verdadeiro diagnóstico e os pais inventavam as mais descabidas histórias, para justificar as constantes idas aos médicos e os intermináveis remédios. Foi esse o primeiro desafio que encontrei! Montamos grupos com os pais para trabalhar questões relativas ao diagnóstico e ao tratamento, com participação de toda a equipe do Serviço. Inicialmente, as dúvidas de ordem médica, que não haviam sido sanadas durante as consultas, predominavam no discurso dos pais e eram prontamente respondidas pela equipe médica.

Com o tempo, essas questões de primeira necessidade desapareceram. Porém, permanecia a incômoda pergunta: como contar às crianças o seu verdadeiro diagnóstico? Foram longas discussões com participação ativa dos pais e da equipe. Por considerarem não ser sua área de conhecimento, a equipe médica, a enfermagem e a nutrição decidiram deixar a participação nos grupos. Eu e a assistente social demos continuidade aos trabalhos, nos quais os pais restringiram as discussões ao problema do temor de que as crianças conhecessem seu verdadeiro diagnóstico. Surgiam relatos que revelavam um profundo medo, muitas vezes associado a um sentimento de culpa, que impedia os pais de contarem aos seus filhos a verdade. Eles acreditavam – e alguns ainda acreditam – que as crianças se revoltariam, ao tomar conhecimento de sua doença e os culpariam pela transmissão. Entretanto, elas próprias começaram a exigir explicações sobre sua real condição. Estavam crescendo!

Percebiam claramente que não tinham uma rotina de vida igual à das outras crianças. As consultas mensais eram alvo de protestos, assim como as internações. Quando alguma criança do grupo morria, os pais se viam às voltas com perguntas sobre a causa da morte. Questionavam o uso da medicação e o tempo que ainda precisariam tomá-la. Muitas principiaram a apresentar dificuldades com relação aos remédios, que por vezes fingiam tomar, escondendo comprimidos, posteriormente encontrados por pais assustados. Uma verdadeira batalha acontecia entre os pais e seus filhos, na qual estes buscavam a verdade até na bula de remédios, enquanto aqueles tentavam a todo custo adiar esse momento.

A postura da equipe sempre foi a de ajudar os pais, para que eles próprios pudessem se responsabilizar pela comunicação do diagnóstico à criança. Isso nem sempre ocorreu de forma tranquila. Muitas crianças descobriram a verdade de maneira tortuosa, através de vizinhos, bulas de remédios, propagandas de TV, entre outras. Por vezes, membros da equipe tentaram

assumir essa responsabilidade, mas as conseqüências foram desastrosas, pois os pais continuaram a não abordar esse tema com seus filhos, criando um muro de silêncio entre eles.

Hoje, sete anos depois, não nos deparamos somente com crianças. Muitas estão no início da adolescência e mais um desafio se impõe: o que fazer com esses novos adolescentes, que fazem parte de uma geração a qual não se esperava que sobrevivesse? Vemos todos os aspectos da adolescência surgindo sob nossos olhos. Seus corpos mudaram, indicando o início das transformações biológicas. Abrem-se as portas para a constituição da identidade adulta, a independência e a possibilidade de novas experiências, entre as quais a sexualidade.

Foi diante dessas inquietações que surgiu a idéia deste trabalho: saber como esses novos adolescentes, que convivem desde o nascimento com um diagnóstico tão complexo como a Aids, vivenciam o adolescer. O contato constante com a morte, as internações e as medicações tornaram a infância desses jovens especial. Eles sempre experimentaram angústias relativas à perda, às vezes dos pais, outras vezes de colegas que conviviam com eles e dividiam a mesma realidade. Em decorrência da fragilidade imunológica, não puderam, por muitas vezes, expor-se a situações comuns às crianças, sendo que qualquer sintoma físico era sentido como extremamente preocupante, pois poderia ser fatal. Além disso, tiveram que manter a verdade sobre esse aspecto de suas vidas escondida da maioria das pessoas de seu convívio social, por causa do preconceito e da discriminação.

Agora, ao entrar na adolescência, surgem novas questões: a construção da identidade adulta depende da possibilidade de o adolescente efetivar novas identificações fora do grupo familiar. Porém, a Aids se consolida como um aspecto de suas vidas que não pode ser tocado. O preconceito se constitui em uma grande ameaça, uma vez que a aceitação social é fundamental. A impulsividade, característica marcante do adolescer, preocupa em especial no que diz respeito à sexualidade. As experiências nessa área da vida afetiva do adolescente são intensas e o início de suas relações amorosas e sociais ocupa posição privilegiada, nessa fase da vida. Entretanto, a Aids, desde o seu surgimento, associou a sexualidade como uma das vias mais freqüentes de transmissão e encontrou nela sua principal fonte de discriminação, alimentada pelo preconceito e pelo desconhecimento. Impossível não pensar como isso será vivido por esses adolescentes.

A maioria dos estudos relacionados à Aids e à adolescência centra-se na prevenção da doença, com o objetivo de desenvolver estratégias para evitar a transmissão entre os jovens brasileiros, efetivadas, em sua maior parte, por profissionais da área de enfermagem e medicina. As pesquisas sobre o viver com Aids na adolescência são escassas, especialmente

às relacionadas à psicologia e, mais especificamente, à psicanálise, como é o caso desta pesquisa.

Marques et al (2006) realizaram um estudo voltado para a percepção de crianças e adolescentes sobre a revelação do diagnóstico de HIV/Aids. Os resultados apontaram que a revelação se deu em decorrência da má adesão ao tratamento, iminência de início da vida sexual, demanda da criança ou adolescente e abordagem inadequada de profissionais, constituindo-se como um momento crítico na vida dos participantes do estudo. Apesar do impacto negativo inicial, a revelação do diagnóstico trouxe melhoras na adesão ao tratamento e no diálogo com o cuidador.

A pesquisa desenvolvida por Barica (2005) buscou compreender como é para o jovem viver e crescer com Aids através do olhar da fenomenologia. Os resultados demonstraram a presença da angústia de morte como constante no processo da doença e, ainda, o medo de rejeição ligado à revelação do diagnóstico a amigos e/ou parceiros. Costa (2000) relacionou a experiência do viver com Aids, na adolescência, com o enfrentamento da violência, tendo como ênfase o estudo de gênero e as condições socioeconômicas.

Seidl et al (2005) fizeram uma investigação voltada para os aspectos psicossociais e de enfrentamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias. Os resultados apontaram a presença de dificuldades na área de adesão ao tratamento, revelação do diagnóstico para a criança/adolescente e informação sobre o diagnóstico na escola, sendo que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e focalização do problema.

A experiência do adolecer propriamente dito foi estudada por Tavares (2003), que teve como objetivo compreender as experiências de adolescentes portadores do vírus HIV infectados por transmissão vertical, enfocando suas interações sociais e empregando o método sociológico. Os resultados mostraram a dificuldade dos adolescentes em expressar a compreensão sobre o diagnóstico e de revelar seus pensamentos e comportamentos, nas interações sociais e nas perspectivas de vida que constroem para si. Evidenciaram igualmente a predominância do comportamento de velamento do diagnóstico, nas interações sociais. As atitudes ou condutas interativas apresentadas pelos adolescentes foram: sentimento de (querer) ser igual aos outros, não alteração do cotidiano em decorrência do diagnóstico, “marginalização” do uso das medicações no dia-a-dia, medo dos afetos e desafetos conseqüentes a uma possível revelação do diagnóstico. Todos os estudos mencionados indicaram a necessidade de ações voltadas para o bem-estar desses jovens.

Percebe-se assim que, apesar da existência de uma vasta literatura sobre a Aids, poucos estudos relacionam-se ao viver com Aids na adolescência, especialmente aos adolescentes que foram infectados via transmissão vertical, o que justifica a relevância da presente investigação.

Outro ponto refere-se ao número de adolescentes infectados pelo vírus. No Brasil, dados epidemiológicos sobre a Aids do período de 1980 a 2006 informam a existência de 19.825⁵ casos notificados em indivíduos menores de 13 anos e 9.222⁶ em indivíduos na faixa de 13 a 19 anos (BRASIL, 2006). Até 2004, 1.680 adolescentes, entre 10 e 19 anos, faziam uso das medicações antiretrovirais e 13 milhões de jovens em todo o mundo viviam com a doença (SABER VIVER JOVEM, 2004).

Assim, o objetivo principal deste trabalho foi compreender como adolescentes soropositivos que convivem com esse diagnóstico desde a infância vivenciam seu adolescer. Como objetivos específicos têm-se:

- investigar como a história de vida desses adolescentes influencia o processo do adolescer;
- identificar como elementos psicodinâmicos presentes na infância e relacionados com o viver com Aids permanecem na adolescência;
- investigar como a relação da família com o diagnóstico de Aids influencia o adolescer desses jovens.

O **capítulo 1** traz a estruturação e o método escolhido para a pesquisa, justificando a psicanálise como uma teoria que possibilita o olhar sobre esses adolescentes e sua vivência com a Aids. No **capítulo 2**, a Aids e seu surgimento são analisados em suas dimensões biológica, social e psíquica, uma vez que sua aparição representou uma profunda transformação, em diversos aspectos da vida individual e da sociedade como um todo. O **capítulo 3** refere-se a um levantamento bibliográfico sobre os aspectos psíquicos da adolescência, considerando-a um processo biopsicossocial. No **capítulo 4**, temos a apresentação de três casos clínicos associados à sua análise. Nesse capítulo, constam a história de vida dos adolescentes permeada pela minha experiência clínica, bem como as entrevistas realizadas com eles e seus principais cuidadores, acompanhadas de sua análise. O **capítulo 5** contempla uma discussão baseada na articulação dos três casos analisados com o referencial

⁵ Total acumulado.

⁶ Total acumulado.

teórico da psicanálise e algumas considerações finais sobre o adolescer com Aids. Seguem-se as referências bibliográficas utilizadas e os anexos.

1. MÉTODO E PSICANÁLISE

O presente capítulo visa a delinear a escolha metodológica que direcionou a realização desta pesquisa. Como já se observou, esta surgiu em decorrência da prática clínica no Hospital Universitário de Londrina, a partir do trabalho realizado junto ao Ambulatório de Aids Pediátrica, no qual pude me aproximar da realidade de crianças e adolescentes soropositivos. Essa experiência suscitou algumas indagações sobre o adolecer de indivíduos que foram infectados pelo HIV via transmissão vertical e, portanto, convivem com a realidade de ser soropositivo desde a infância.

Importante ressaltar que não foi objetivo deste estudo diferenciar as vivências de soropositivos e soronegativos. Apenas reconheço ser a adolescência uma fase singular, na vida dos indivíduos, que será acrescida das dificuldades e particularidades de serem soropositivos. Não há como negar que, por serem portadores de uma doença crônica, grave e estigmatizante, terão que lidar com as transformações da adolescência que necessariamente estarão ligadas a ela.

Desse modo, como o atendimento psicológico que realizo com esses adolescentes é fundamentado na perspectiva psicanalítica, o método de pesquisa baseou-se na coerência com esse olhar já previamente estabelecido, satisfazendo a interlocução entre uma teoria e uma prática, ou seja, “a direção da pesquisa psicanalítica é a experiência psicanalítica, é ela a base da pesquisa em psicanálise e é ela que fornece os eixos fundamentais para seu norteamento no registro teórico” (LOWENKRON, 2004, p.24).

1.1. A pesquisa em psicanálise

A psicanálise surgiu no fim do século XIX, em uma época dominada pelo positivismo. Freud (1988[1895]), no início de seus trabalhos, com o *Projeto de uma Psicologia Científica*, buscava, através de um rigor metodológico, alçar o status de ciência à psicanálise, posição esta nunca abandonada totalmente. Entretanto, com o desenvolvimento de suas pesquisas, inaugurou uma forma oposta de pensamento, criando um sistema teórico-prático onde o objeto de estudo e seu observador se inter-relacionam, quebrando o paradigma positivista da

relação sujeito-objeto e transformando a questão da neutralidade, pois considera que o olhar e o pensar do pesquisador transformam e são transformados por seu objeto de estudo: a mente humana (BIRMAN, 1993).

Não convém aqui realizar um resgate histórico do surgimento da psicanálise. Porém, estes pontos superficialmente tratados ajudam a estabelecer a relação pesquisa-psicanálise como não somente possível, mas inerente à própria psicanálise, pois esta é essencialmente investigativa, em suas origens e em seus desdobramentos. Freud (1988[1923]) em seu artigo *Dois verbetes de enciclopédia*, define a psicanálise como sendo:

(1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica. (p. 253)

Seu objeto próprio de investigação é o inconsciente e seu método está fundado em dois pilares: a associação livre (oferta de material por parte do paciente sem crítica ou intenção determinada) e a atenção flutuante (captação por parte do analista desse material). Assim, a dimensão investigativa da psicanálise e a conseqüente construção de seu campo de conhecimento passam pelo material clínico oferecido pelo paciente que necessita ser submetido às idéias abstratas do analista, para que este possa empreender a compreensão dos fenômenos. Essas idéias podem ser descartadas ou corroboradas posteriormente, sendo essencial para isso a experimentação no campo transferencial (LOWENKRON, 2004).

A pesquisa sobre a realidade psíquica impulsionou a psicanálise a se desenvolver enquanto modelo teórico e terapêutico. Entretanto, seu desenvolvimento ficou por muito tempo restrito à prática clínica dos consultórios e aos nichos psicanalíticos, como afirma Herrmann (2004). A universidade e o ensino da psicanálise foram delimitados como uma pseudo-psicanálise. Mesmo Freud (1988[1919]), em seus trabalhos, mostrava-se cético quanto à formação psicanalítica dentro do meio acadêmico. Em *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*, relata que, “[...] para os objetivos que temos em vista, será suficiente que ele [estudante de medicina] aprenda algo sobre a psicanálise e que aprenda algo a partir da psicanálise” (p. 219). Não podemos deixar de considerar o cenário da época, em que Freud enfrentava oposição do meio científico representado, primordialmente, pela universidade.

Atualmente, vemos crescer cada vez mais o número de pesquisas nas pós-graduações que têm como foco a psicanálise, caracterizando um fortalecimento da aproximação entre esta e a universidade (HERRMANN, 2004). Novamente, não cabe aqui esmiuçar as razões de tal processo. Vale dizer que essa recente configuração tornou evidente a necessidade de retomar a origem investigativa num campo além clínica. A maneira acadêmica de realizar a pesquisa estaria justificada pelo não enquadramento da psicanálise nos moldes positivistas, aproximando-a das ciências humanas.

Mezan (1993) cita duas vertentes possíveis de pesquisa em psicanálise: a que investiga a história das idéias psicanalíticas e a que investiga os processos psíquicos propriamente ditos, tanto individuais quanto coletivos. Lustosa (2003) completa que pode-se pensar em duas formas principais de pesquisas referentes à psicanálise: uma que tenderia a versar *sobre* a psicanálise e a que seria efetivamente a pesquisa *em* psicanálise:

Entendo que a pesquisa *sobre* a psicanálise é passível de ser realizada por um pesquisador que não se submeteu, necessariamente, a um percurso pessoal de análise, ou que não atendeu no registro da psicanálise. A pesquisa sobre psicanálise é programada e previsível, pois percorreria os textos, num trabalho que, muitas vezes, aproximar-se-ia a um estudo epistemológico. Por outro lado, a pesquisa *em* psicanálise abrangeria um dado novo: o inusitado que somente a clínica proporciona. Neste texto, o termo “novo” é tomado na vertente da *práxis* psicanalítica, o que não coincide com o sentido atribuído em outros campos de saber, como o Epistemológico, o Filosófico, o Biológico, etc. (p.4).

A presente pesquisa, portanto, configura-se como uma pesquisa em psicanálise, pois se trata de uma investigação surgida a partir da experiência junto aos adolescentes soropositivos, realizados no hospital, contexto que não corresponde à clínica convencional. Nesse sentido, é importante descrever o caminho através do qual pensamos a pesquisa em psicanálise fora do *setting* tradicional, visto que o hospital é o local onde a experiência clínica possibilitou a realização da pesquisa.

1.2. Psicanálise fora do consultório: constituição enquanto método de pesquisa

A prática psicanalítica extrapolou os limites do consultório. A inclusão do olhar psicanalítico em instituições escolares, clínicas psiquiátricas, postos de saúde e hospitais (como é o caso da presente investigação) trouxe à tona uma nova questão: poderia a

psicanálise ser realizada fora do *setting* tradicional? A ausência de elementos miticamente associados à psicanálise, como divã, tempo de sessão etc., trariam prejuízo ao processo analítico?

Atualmente, a preocupação excessiva com aspectos formais do *setting*, em detrimento do método, é questionada, sendo inclusive chamada por Herrmann (2004) de “fetichismo da técnica”. Birman (1994) também atenta para o cuidado em não reduzir o ato analítico a uma série de formalismos, que, sozinhos, seriam estéreis. Portanto, a pesquisa que se funda na psicanálise, assim como as práticas clínicas fora do *setting* tradicional, são legitimadas à medida que se mantêm fiéis ao método psicanalítico, sendo possível a existência de diferentes técnicas, pois estas são variáveis, desde que se mantenha a invariabilidade do método psicanalítico. Nessa perspectiva, a prática psicanalítica poderá sofrer algumas adequações, como o atendimento no leito – no caso do hospital – desde que se mantenham as condições essenciais ao método, permitindo o processo analítico.

[...] se a experiência estiver alicerçada nos conceitos fundamentais da psicanálise – o inconsciente dinâmico, a resistência e a transferência –, qualquer linha investigativa tem o direito de chamar-se psicanalítica. Em outras palavras, trata-se, antes, mais de qualidade do que de quantidade. (LOWENKRON, 2004, p.30).

Podemos, por conseguinte, definir outra característica da pesquisa psicanalítica: ela é por excelência, qualitativa. Não há como mensurar quantitativamente as manifestações do inconsciente e não está aqui o interesse nesse tipo de investigação. Há que se considerar a busca pela singularidade e regularidade dos eventos psíquicos, o que implica um compromisso com o subjetivo, ou seja, “o trabalho de pesquisa em psicanálise parte do singular, tenta apreender as determinações dessa singularidade (inclusive do sujeito que assim procede), e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza, ela contém”. (MEZAN, 1993, p. 89). Dessa forma, a pesquisa em psicanálise favorece um debruçar-se sobre a singularidade do sujeito que fala, associando-a aos movimentos percebidos no campo transferencial e à ressonância com os fenômenos que se repetem na diversidade humana.

Portanto, pensar a prática psicanalítica dentro de um Hospital Geral e, conseqüentemente, a pesquisa dentro desse contexto, torna-se possível, uma vez que o inconsciente está presente onde houver manifestações do humano. No contexto hospitalar, percebe-se uma vasta gama de situações nas quais se faz premente o trabalho do psicólogo.

Este é possível através da presença do inconsciente, da transferência e da interpretação, mas, principalmente, da disponibilidade de uma escuta que não encontra, no ambiente concreto, a impossibilidade de se realizar.

A função do psicanalista numa equipe multidisciplinar que opera em âmbito institucional pode não ser idêntica à sua atividade no consultório, mas guarda com esta relações bastante estreitas: é no fundo a mesma escuta, o mesmo contato direto com o sofrimento psíquico, materializado em pessoas de carne e osso com seus sintomas, defesas, fantasias e transferências. (MEZAN, 2002, p. 419).

Nesse sentido, para a realização deste estudo, utilizei a experiência obtida junto às crianças e aos adolescentes soropositivos. Não pretendi aqui criar novos conceitos (metapsicologia), mas somente empregar a psicanálise para interpretar uma realidade. O próprio Freud inclinou-se a usar tal conhecimento para analisar eventos culturais e sociais (*Totem e tabu* (1988d[1913]); *O futuro de uma ilusão* (1988e[1927]); *O mal-estar na civilização* (1988f[1930]); entre outros).

1.3. Metodologia: o estudo de caso na pesquisa em psicanálise

1.3.1. A escolha dos participantes

A escolha dos participantes desta pesquisa se deu com base nas histórias de vida que já me eram conhecidas e no fato de estes não estarem atualmente em atendimento psicológico comigo. Selecionei três adolescentes, contaminados via transmissão vertical e que já possuíam, há algum tempo, o conhecimento de seu diagnóstico. Essa prerrogativa se baseou na preocupação em não expor os que estavam em conflito com a elucidação recente de seu diagnóstico. Deste modo, esperava-se evitar impor, através da entrevista, uma sobrecarga desnecessária de sofrimento, nesse momento. As idades dos selecionados foram de 12, 14 e 16 anos. Essa variação etária tornou possível, também, a observação de diferentes vivências relacionadas ao adolecer, desde a eclosão das transformações físicas (puberdade) até a vivência da relação sexual completa, como manifestação da sexualidade. Tanto os responsáveis, como os adolescentes, mostraram-se interessados em participar da pesquisa.

1.3.2. O local da pesquisa: caracterização do hospital

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário de Londrina (HURNP), mais especificamente no Ambulatório de Aids Pediátrica do Ambulatório Hospital de Clínicas (AHC), ambos vinculados à Universidade Estadual de Londrina (UEL). O HURNP é um hospital geral e público, que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o AHC uma estrutura física separada, porém vinculada a ele. No primeiro, são realizados os atendimentos de urgência e emergência e suas conseqüentes internações e intervenções, inclusive cirúrgicas. No AHC, são feitas as consultas eletivas, ou seja, previamente agendadas para as diversas especialidades médicas e não médicas inseridas nos serviços interdisciplinares, como é o caso do Ambulatório de Aids Pediátrica.

Atuo há sete anos como psicóloga hospitalar nessa instituição, inserida no referido Ambulatório no AHC e na Unidade de Moléstias Infecciosas, no HURNP. O atendimento psicológico oferecido a esses pacientes pode ocorrer em três momentos: 1) durante a internação no HURNP, caso em que o atendimento é oferecido à criança ou adolescente e também aos seus familiares (conforme a necessidade), normalmente no leito hospitalar, através de recursos lúdicos e/ou gráficos, adequados à necessidade e à possibilidade do paciente; 2) durante os retornos ao Ambulatório de Aids Pediátrica, nos quais os pacientes passam pela equipe médica e pela equipe de apoio (enfermeira, assistente social, nutricionista e psicóloga); em minhas consultas, a prioridade é dada a entrevistas com os pacientes e com seus pais/responsáveis, com o objetivo de identificar possíveis dificuldades ou conflitos que justifiquem o encaminhamento para o atendimento psicoterápico; 3) nesse caso, os pacientes são encaminhados para psicoterapia ao Ambulatório de Psicologia Geral, que também funciona no AHC.

1.3.3. Desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa principiou-se após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário e mediante a assinatura do Termo de Consentimento (Anexo 3) pelos participantes. Constituiu-se por dois procedimentos de coleta: 1) as informações adquiridas nos anos de atendimento a esses pacientes, resgatadas por meio de minhas anotações e supervisões realizadas; e 2) as entrevistas com os cuidadores e com os adolescentes, que

permitiram preencher algumas lacunas das histórias de vida e, principalmente, investigar o adolecer com HIV/Aids.

Assim, as entrevistas foram iniciadas com os pais/responsáveis desses adolescentes, nas quais solicitei que contassem um pouco de suas vidas junto ao adolescente, de sorte a permitir-lhes a livre expressão a respeito do viver e/ou conviver com a Aids e suas relações com o adolecer de seus filhos. Seguiram-se, então, as entrevistas com os adolescentes, tendo como objetivo captar suas vivências sobre aspectos relevantes de sua história de vida e de sua adolescência. Para tanto, solicitei inicialmente, que falassem um pouco de sua história, o que serviu de desencadeador para o restante da entrevista.

Nesse sentido, as entrevistas transcorreram de forma a permitir o surgimento livre dos conteúdos, estivessem eles relacionados ou não com a questão da Aids. Porém, todos os entrevistados centraram suas falas a esse evento, demonstrando o imperativo dessa questão em suas vidas. Minha participação nas entrevistas referiu-se a pontuar ou evidenciar algum conteúdo expresso pelos entrevistados, possibilitando um maior aprofundamento de algumas questões. Para tanto, utilizei-me também, das reações contratransferências surgidas no decorrer das entrevistas, uma vez que estas guardavam ainda relação com o processo terapêutico anterior.

Os Itens norteadores da entrevista (Anexos 1 e 2) não constituíram um limitador dos conteúdos expressos, apenas serviram para evidenciar alguns pontos relevantes a serem elucidados pela entrevista. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, devendo as fitas ficarem guardadas por um período mínimo cinco anos, após a coleta de dados. Os nomes foram trocados e dados não relevantes foram omitidos, a fim de salvaguardar a identidade dos participantes, garantindo assim o sigilo ético previsto em pesquisas com seres humanos.

Procurei também reconstituir alguns dos momentos marcantes do meu contato com esses adolescentes e suas famílias. Para tanto, como dito anteriormente, recorri a diversas anotações e supervisões efetuadas na época dos acontecimentos. Nesse sentido, os conteúdos revelados nas entrevistas e nas histórias de vida tornaram possível captar alguns aspectos da singularidade de suas vivências em relação ao adolecer com Aids. A análise do material procurou entrelaçar essa singularidade com a universalidade de alguns conceitos psicanalíticos e do processo do adolecer. Essa forma de estruturação vai ao encontro do que afirma Mezan (1993):

A teoria tem por função vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos, e no caso da psicanálise isso é realizado através da noção de mecanismos psíquicos. O dito pelo paciente é considerado o elo final de um processo, e a abordagem teórica consiste em determinar, com um grau razoável de probabilidade, o tipo de processos que podem ter estado em jogo para produzir tal ou qual fenômeno. (p.58).

1.3.3.1. A análise das histórias de vida

A possibilidade de apreensão dos fenômenos psíquicos através do estudo de poucos casos se faz relevante, dada a possibilidade de se extrair deles tanto aspectos particulares e exclusivos, quanto o que se configura na regularidade e universalidade da vida psíquica, ou seja, nas formas de comportamentos e de relações que permitem ao analista inferir sobre o que ocorre internamente no indivíduo.

A existência do inconsciente em tudo que traz a marca do humano (MEZAN, 1995), permite debruçar o olhar psicanalítico sobre as ações, emoções e pensamentos do homem. O modo como o indivíduo estabelece suas relações na atualidade, em especial na relação analítica, traz a marca de suas primeiras relações objetais, configurando-se a transferência. É por meio dela e da sustentação de um *setting*, que preconize os cuidados inerentes ao contrato terapêutico e permita o surgimento da associação livre do paciente, que se torna possível a apreensão do fenômeno psíquico.

Nessa perspectiva, os casos apresentados nessa investigação possuíam uma relação transferencial estabelecida, mesmo não estando em um processo psicanalítico usual, com sessões semanais. Na verdade, dos três casos apresentados, somente Alice nunca esteve em psicoterapia comigo. Ainda assim, nossos contatos, no decorrer desses anos, possibilitaram o estabelecimento de uma relação transferencial, em função do estabelecimento de um contrato terapêutico (sigilo, escuta analítica, associação livre e interpretação). Tem-se claro que tais condições devem estar presentes em qualquer pesquisa que pretenda ser psicanalítica, permitindo desse modo, o surgimento daquilo que é realmente significativo ao sujeito.

Assim, o delineamento do estudo forjou-se pelo encontro de histórias: a minha, enquanto psicóloga, e as desses adolescentes e seus familiares. Acompanhar suas vidas, por intermédio dos atendimentos clínicos, consultas ou internações, fez com que me aproximasse de suas realidades e concebesse que essa experiência seria importante para a compreensão de suas vivências concernentes ao processo do adolecer. Para tanto, esbocei um breve relato das

histórias de vida de cada adolescente, contemplando, principalmente, a minha história com eles. Escolhi falar de pontos marcantes ocorridos no decorrer desses anos de atendimento, articulados às minhas reflexões sobre tais fatos. Com isso, procurei identificar alguns aspectos psicodinâmicos dos participantes expressos através da transferência, bem como as reações contratransferenciais mobilizadas. Por meio desse material e com algumas complementações surgidas nas entrevistas, foi construído um relato da história de vida dos participantes, incluindo, conforme frisei, minha experiência com eles.

Esse material foi analisado à luz do referencial psicanalítico, em especial de autores que tratam da questão da adolescência sob esse enfoque. Nesse sentido, por se tratar de um estudo de caso, torna-se evidente que, “para a utilização do material clínico para pesquisa, precisaremos levar em conta que se trata de um recorte, limitado por um determinado ponto de vista. É reconhecendo esse limite que manteremos nossa objetividade na investigação que procuramos realizar” (SAFRA, 1993, p.124). Igualmente, consideraram-se as reações contratransferenciais mobilizadas, uma vez que estas constituem, guardado os devidos cuidados⁷, um importante instrumento para a apreensão da subjetividade do indivíduo.

Por conseguinte, esse material constituiu-se como norteador para a análise das entrevistas, sendo a escolha dessa técnica de investigação fundada na idéia de que seria uma forma de esses adolescentes e seus familiares poderem se expressar sobre o tema da adolescência. Faz-se necessário, portanto, uma breve discussão acerca de como a entrevista se constituiu um valioso instrumento de investigação em psicanálise.

1.3.3.2. A entrevista como instrumento de apoio para a pesquisa em psicanálise

A entrevista, em especial, a entrevista psicológica, enquanto instrumento de pesquisa, configura-se na forma investigativa mais familiar à psicanálise, visto que permite o acesso do investigador ao mundo mental do entrevistado, através do discurso e da relação que se estabelece entre ambos. Bleger (1993, p.13) afirma que a entrevista “consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento”. Este, por sua vez, passa não só pelo que é observado diretamente. Os fenômenos que ocorrem além do discurso servem como uma importante fonte

⁷ A utilização da contratransferência tem por base a necessidade do terapeuta realizar uma análise pessoal, evitando a imposição de conteúdos pessoais ao paciente, mas permitindo a utilização destes para apreender os fenômenos psíquicos ocorridos na relação transferencial. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001)

de informação sobre o mundo mental tanto do entrevistado, quanto do próprio investigador, ou seja, a transferência e a contratransferência compõem o quadro investigativo fundamental de uma pesquisa em psicanálise: “transferência e contratransferência são fenômenos que aparecem em toda relação interpessoal e, por isso mesmo, também ocorrem na entrevista. A diferença é que nesta última devem ser utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão”. (BLEGER, 1993, p.24)

Para esta pesquisa, optou-se pela entrevista semidiretiva, pois o que é buscado pelo entrevistador vai se constituindo pelo que é expresso pelo entrevistado. A formação investigativa da psicanálise empreende sempre a procura pelo sentido inconsciente dos processos mentais. Justamente por isso, não se pode ignorar a natureza diretiva e intencional de um processo analítico: a busca do desconhecido. Herrmann, em entrevista a Silva (1993), enfatiza:

Esse tipo de entrevista tem por objetivo saber o que é mais premente dentro da pessoa, para se comunicar. Deixar que isso fale e ir seguindo a linha do que está sendo falado, até dirigir... Então ela não é “não diretiva”, pois vai sendo dirigida para saber que dados, por exemplo de entrevistas anteriores com outros casos, podem ser aqui alocados, mas pelo ângulo dessa pessoa, e não pelo ângulo do entrevistador. (p.152).

Trata-se, desse modo, de aproveitar-se de uma experiência para investigar um determinado processo. Assim, os itens norteadores das entrevistas (Anexos 1 e 2) estão baseados em observações, atendimentos clínicos e discussões de casos, decorrentes de uma experiência, levando a entrevista a estar em consonância com a realidade desses adolescentes, possibilitando o respeito pelo que é possível ser dito e o que ainda não está suficientemente elaborado e, por isso, impossibilitado de ser falado. Ressalto novamente que esses itens serviram de base para, antes de tudo, um diálogo, não constituindo um limitador de suas falas.

A entrevista com os pais/responsáveis teve como objetivo elucidar a visão que possuem sobre a doença e sobre o adolescente. Considero esse aspecto importante, por acreditar na importância familiar na constituição do psiquismo. Minha hipótese partiu do pressuposto de que a forma como esses responsáveis percebem a Aids, no geral, e o diagnóstico, em particular, influenciou e ainda influencia a maneira como o adolescente constrói sua história. A entrevista com estes, por sua vez, constituiu o foco central deste trabalho. Por intermédio dela, foi possível identificar nos discursos e nas reações

contratransferenciais mobilizadas, como se construiu internamente sua história e como vivenciam a experiência do adolescer com Aids.

Importante ressaltar que a riqueza dos conteúdos surgidos nas entrevistas, bem como a facilidade de expressão por parte dos cuidadores e dos adolescentes de temas complexos e normalmente conflituosos deve-se, fundamentalmente, a transferência previamente estabelecida e que, mesmo não existindo um processo terapêutico em andamento, esta mantém-se graças aos contatos realizados mensalmente durante as consultas médicas. Nesse sentido, as entrevistas evidenciaram o que Bleger (1993, p.12) refere como característica das mesmas: “a entrevista psicológica tenta o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que essa relação durar”.

2. A VIDA ENTRELAÇADA AO HIV/AIDS

A chamada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou Aids⁸) foi identificada no início dos anos 1980 como um mal que afetava uma população específica – homossexuais americanos. Entretanto, já na década de 70, a epidemia pelo HIV se desenvolvia silenciosamente, no continente africano, passando despercebida pelos órgãos mundiais, em virtude do desamparo e não assistência àquela população (BASTOS, 2006).

O pânico diante da nova pandemia⁹ provocou inúmeras reações sociais, numa tentativa de isolar o vírus, sendo a exclusão social a mais empregada e menos eficaz, cujos efeitos marcaram para sempre a história da doença, como veremos adiante. A impossibilidade inicial de encontrar a cura ou um tratamento paliativo transformou esse diagnóstico em uma sentença de morte para quem se infectava. Efetivamente, descobrir-se doente de Aids ou soropositivo significava o declínio da vida biológica e social. Pouco se podia fazer por esses pacientes e a medicina assistia impotente ao aumento dos óbitos em decorrência da doença.

Após cinco anos da identificação do HIV, surgiu uma droga capaz de retardar a multiplicação do vírus, no organismo humano. A zidovudina (AZT) foi usada como único recurso terapêutico, entre 1987 a 1994, aumentando a sobrevida dos pacientes condenados pela doença. Entretanto, o vírus ainda conseguia se multiplicar rapidamente, levando muitos à óbito. Em 1996, o pesquisador David Ho anunciou os benefícios decorrentes da utilização de diferentes medicamentos antiretrovirais, a HAART (sigla acadêmica para Highly Active Anti-retroviral Therapy), o comumente chamado *coquetel*, que passou a ser introduzido na prática clínica e que teve, como ação, impedir a multiplicação do vírus em vários estágios de seu desenvolvimento (BASTOS, 2006).

O coquetel antiretroviral tornou-se um marco histórico do tratamento da Aids. Os pacientes passaram a ter uma vida praticamente normal, com uma enorme redução da morbidade e letalidade associadas ao HIV. Essa melhora do prognóstico transformou a expectativa de vida dos pacientes e o olhar dos profissionais de saúde sobre a epidemia, tendo

⁸ A sigla SIDA não foi efetivamente adotada, permanecendo o termo Aids – empregado na literatura norte-americana – o consagrado mundialmente.

⁹ Tornou-se uma pandemia, pois avançou para vários continentes.

a Aids, na atualidade, conquistado um caráter de doença crônica (RACHID; SCHECHTER, 2003).

O Brasil foi o primeiro país a instituir a terapia antiretroviral em seu sistema público de saúde, garantindo o acesso da população ao tratamento. Essa conquista foi resultado de mobilizações da sociedade civil afetada pelo HIV, que se organizou para cobrar das autoridades competentes o direito à saúde, o que deu origem a inúmeras ONGs¹⁰, que atuam diretamente na questão da Aids e permitiram a construção de um espaço de identificação e luta pelos direitos dos soropositivos. Essa discussão histórica em muito foge aos objetivos deste capítulo, mas vale ressaltar que, ainda hoje, poucos países disponibilizam a terapia antiretroviral à população. Em países pobres do continente africano, a epidemia de Aids encontra-se fora de controle, cujo cenário nada difere do princípio da epidemia, nos anos 80 (BASTOS, 2006).

Novas medicações vêm, a cada ano, reforçar o tratamento da Aids. A queda vertiginosa da mortalidade levou a ciência a voltar-se para os efeitos colaterais dessas medicações e para a não adesão ao tratamento, por muitos pacientes. O viver e o conviver com Aids traçaram um novo caminho para a epidemia, lançando novos elementos de discussão à sociedade. Se, em um primeiro momento, a Aids trazia um caráter excludente (somente “desvirtuados” seriam infectados), atualmente força uma aproximação entre valores divergentes, obrigando à discussão de temas polêmicos, como sexo e drogas. Paradoxalmente, o que teve, em seu início, a exclusão, acabou por forjar a necessidade da inclusão do que era negado veementemente pela sociedade.

Essa possibilidade se deve ao caráter tridimensional da Aids. Ela é uma doença que atinge o corpo biológico na mesma proporção que atinge suas variantes: o corpo social e o corpo simbólico. Entrelaça-se a questões paradoxais de vida, sexo e morte, associando o prazer ao risco. Ser portador do vírus é desvelar esses conflitos humanos e deparar-se com sua própria finitude. Essas três dimensões da Aids serão relatadas a seguir, com o propósito de desvelar uma fração da realidade do viver e do conviver com essa doença. Elas estão separadas apenas para facilitar a compreensão de como o vírus excursiona pelos vários meandros da vida, aproximando-a de sua antagonista, a morte, porque não há como efetivamente desvincular seus efeitos devastadores.

¹⁰ Organizações Não Governamentais.

2.1. Aspectos biológicos do viver com HIV/Aids

Conforme foi já destacado, a descoberta do coquetel antiretroviral deu aos pacientes portadores de HIV/Aids uma nova possibilidade de vida. As longas internações e a inúmeras doenças oportunistas que retiravam o indivíduo de sua rotina diminuiriam drasticamente. A doença – agora com um caráter crônico – e a nova medicação trouxeram consigo novas rotinas, às quais os pacientes tiveram que se submeter, para garantir seu bem-estar físico.

A Aids é uma doença causada por um vírus (HIV), da família dos retrovírus, que inicialmente se instala nos linfócitos humanos (Linfócitos T), especialmente os que possuem uma proteína chamada CD4, destruindo-os, causando a debilidade do sistema imunológico e, conseqüentemente, a vulnerabilidade do organismo em desenvolver doenças oportunistas, podendo levar ao óbito (RACHID; SCHECHTER, 2003). Isso significa que o corpo perde progressivamente suas defesas, tornando-se suscetível a doenças variadas, inclusive que se encontravam inócuas dentro do próprio organismo, mas que, por ocasião da queda imunológica, se manifestam violentamente.

A transmissão do HIV acontece: 1) através da troca de fluidos corpóreos, durante a relação sexual (sêmen e líquido vaginal); 2) da inoculação de sangue e hemoderivados; 3) da mãe infectada para seu bebê, a chamada transmissão vertical, que pode ocorrer durante a gestação, do parto ou através do leite materno (RACHID; SCHECHTER, 2003; BASTOS, 2006).

O diagnóstico é feito por meio de exames que detectam a presença de anticorpos anti-HIV até 6 a 12 semanas após a exposição ao vírus. Antes desse período, ocorre a chamada “janela imunológica”, em que os testes sorológicos para detecção dos anticorpos ainda são negativos. Os testes mais usados são o Elisa, Imunofluorescência e Western-blot (op.cit.).

Atualmente, saber-se portador do vírus ou doente de Aids implica uma série de mudanças, a começar pela nova linguagem, com termos obrigatoriamente incluídos no cotidiano, assim como exames, consultas médicas e remédios. Após a constatação do diagnóstico, inicia-se a avaliação através de consultas médicas constantes, para o monitoramento das condições clínicas do corpo e a progressão do vírus. Isso é feito por exames, dos quais os mais comuns são a carga viral, que detecta a quantidade de partículas virais no plasma, e a linfometria CD4, que corresponde à contagem de CD4. Nomes complicados, que vão aos poucos fazendo parte da vida do portador de HIV/Aids.

O uso da medicação antiretroviral dependerá dos resultados desses exames. Muitos pacientes são assintomáticos, isto é, são portadores do vírus HIV, mas não possuem suas

manifestações clínicas. Isso não quer dizer que o vírus esteja em latência. Ele está em desenvolvimento, mantendo sua progressão pelo organismo, sendo os exames fundamentais para monitorá-lo¹¹. Os pacientes que, por sua vez, apresentam sintomas são imediatamente medicados, com o intuito de evitar que outras doenças oportunistas se manifestem.

Assim, além das continuas idas ao médico, exames e medicações, o paciente também precisa estar atento à sua saúde, pois qualquer alteração necessita de cuidados, uma vez que um sintoma pode se agravar, dependendo do estado de sua imunidade. As medicações antiretrovirais, de seu lado, podem igualmente ocasionar efeitos colaterais, que vão desde cefaléia, náusea, diarreia e insônia até neuropatias periféricas, problemas cardíacos e lipodistrofia (alterações na aparência física, decorrentes da redistribuição da gordura corporal), entre outros (RACHID; SCHECHTER, 2003; BASTOS, 2006). Sua administração é complexa: alguns medicamentos devem ser tomados em jejum ou com alimentos específicos, dificultando a adesão ao tratamento.

O nome *coquetel* vem da associação de três ou mais medicamentos, os quais agem em diferentes níveis da replicação (reprodução) viral, o que acarreta esquemas terapêuticos variados; seu uso deve ser seguido rigorosamente, inclusive em relação aos horários, sendo necessária uma adaptação da rotina de vida. Caso não haja administração correta ou irregularidade de horários, o vírus pode criar resistência à medicação¹² (fato este que já ocorre depois de muito tempo de uso de determinados remédios).

O surgimento do coquetel devolveu os indivíduos portadores de HIV/Aids à vida social, através da diminuição nas internações e no incômodo causado por doenças oportunistas. Isso exigiu (e ainda exige) da sociedade uma reflexão sobre o preconceito e a discriminação, trazendo à tona, questões como o desejo das pessoas que vivem com HIV/Aids de ter filhos, por exemplo.

Outro avanço extremamente significativo e muito relevante para esta pesquisa diz respeito ao tratamento de gestantes portadoras de HIV/Aids: o uso da terapia antiretroviral, durante a gestação, os cuidados durante o parto, a eliminação do aleitamento materno e o uso do AZT pelo recém-nascido reduzem a praticamente zero a chance de o bebê ser infectado. Mesmo no caso de mães que não realizaram o pré-natal e, portanto, desconhecem sua sorologia, é possível a realização de testes rápidos, permitindo iniciar o uso da medicação

¹¹ No caso de a carga viral estar acima do recomendado e o CD4 abaixo de 200 mm, é iniciado o uso da medicação antiretroviral, mesmo estando o paciente assintomático. O nível normal de CD4 é de 800 a 1200 mm.

¹² É a chamada “queima de esquema terapêutico”, em que o paciente não poderá se utilizar daqueles medicamentos, restringindo suas possibilidades de tratamento, lembrando que, por se tratar de uma doença crônica, terá que usá-los por toda a vida.

antiretroviral durante o parto e tomar os demais cuidados, reduzindo drasticamente a chance de a criança ser portadora do vírus¹³ (RACHID; SCHECHTER, 2003; BASTOS, 2006).

Após esses cuidados, o recém-nascido será monitorado durante os 18 meses seguintes, sendo considerado HIV *exposed*, ou seja, esteve exposto ao vírus. Isso significa que, nesse período, sua sorologia será desconhecida, uma vez que os exames atuais detectam os anticorpos ao vírus HIV e, por ocasião do nascimento, o bebê poderá portar consigo os anticorpos da mãe¹⁴. Após esse tempo, a criança terá eliminado os anticorpos maternos e um resultado positivo para HIV indica a presença do vírus no organismo, porque, nessa idade, o sistema imunológico da criança já começou a produzir seus próprios anticorpos (NEGRA, 2006).

Esse período de espera para conclusão da sorologia da criança é normalmente marcado por angústia e ansiedade para os pais, que, em muitos casos, têm ainda que lidar com seu próprio diagnóstico, descoberto durante a gravidez ou do parto. Entretanto, antes dessas medidas preventivas serem implantadas, muitas crianças foram contaminadas, sendo a descoberta do diagnóstico decorrente das inúmeras internações às quais eram submetidas, em função das doenças oportunistas, ou após a morte de um dos pais, quando não de ambos.

Assim, o corpo biológico recebe as marcas de uma doença grave e de um tratamento complexo e sem perspectivas de término. A luta pela sobrevivência em muito foi associada a uma guerra (SONTAG, 1989). Todavia, claramente, verificamos que essa luta em muito ultrapassa os limites do corpo biológico e as repercussões neste dizem respeito a um dos inúmeros fios que compõem o emaranhado da Aids, como veremos a seguir.

2.2. O Imaginário social do HIV/Aids

Enquanto o corpo biológico luta para sobreviver à desestabilização de seu sistema imunológico e o aparecimento de doenças oportunistas, o corpo social não enfrenta batalha menos ferrenha. Toda a significação da Aids para a sociedade se construiu sobre os pilares de grandes tabus, como sexo e morte. Pelo seu início dramático, onde a única certeza existente era a de que não havia esperança para os infectados, a Aids adquiriu o aspecto de tragédia.

¹³ No município de Londrina, segundo o *Jornal Folha de Londrina* de 30/11/06, das 81 crianças expostas ao vírus (ou seja, que nasceram de mães soropositivas), apenas três foram infectadas, demonstrando a eficácia da prevenção.

¹⁴ O que levaria os exames a um falso positivo para HIV.

Sontag (1989) afirma que a Aids ganhou a conotação metafórica de peste (do latim *pestis*, “flagelo”, “calamidade”), condizente com outras epidemias que afligiram a humanidade, desde a Antiguidade, como a lepra e a peste bubônica. Essas epidemias eram vistas como castigos coletivos, não sendo consideradas punições associadas a atitudes individuais. A autora refere ainda que as doenças que mais causavam pânico à sociedade eram aquelas que provocavam algum tipo de degeneração física visível e justifica que “por trás de alguns dos juízos morais feitos em relação às doenças, encontram-se juízos estéticos a respeito do belo e do feio, do limpo e do sujo, do conhecido e do desconhecido e do estranho ou insólito” (p.49). No caso da Aids, por muito tempo se acreditou em estereótipo físico da doença, que teria uma “cara” decorrente do emagrecimento severo.

No passado, algumas doenças foram romanceadas e seus portadores idealizados como intelectuais ou apaixonados, como a tuberculose. No caso da Aids, não houve nenhuma associação romântica em virtude da forte vinculação da doença com a morte. Cada grupo social, em diferentes épocas, buscou uma significação para a morte e o morrer. Na época medieval, encontramos uma atitude de familiaridade e proximidade, de tal modo que a morte, nesse período, recebe o nome de “morte domada”, quando se sabia do morrer através da observação dos signos naturais ou por convicção. Era a morte esperada e, portanto, o moribundo passava seus últimos momentos no leito, numa espécie de cerimônia pública. O maior medo do homem medieval era morrer na obscuridade, sem homenagens (KOVÁCS, 1992).

No século XIX, encontramos a morte romântica, na qual há o encontro com a eternidade e com os entes amados que se foram. A partir século XX, por sua vez, marcou-se as grandes inovações tecnológicas, inclusive na área médica. Essas transformações trouxeram, para o século XXI, inúmeras melhorias na qualidade e na expectativa de vida, bem como a cura ou tratamento para doenças até então fatais ou incapacitantes. Com essas mudanças, a morte passa a ser vista como vergonhosa, um mal a ser vencido:

A sociedade mercantil cria um sistema de imortalidade das pessoas, negando qualquer status aos mortos, e carrega o momento da morte de todas as qualificações pejorativas que se possa imaginar, esvazia, oculta, nega a morte. É um sistema que aliena quem morre, privando-o de sua própria morte [...] (KOVÁCS, 1992, p.39).

O surgimento da Aids, no início da década de 1980, tira a morte da clandestinidade e traz ao contexto social uma realidade negada por não condizer com a condição idealizada de homem e de sociedade:

A sociedade ocidental insiste no caráter acidental da morte: acidentes, doenças, infecções, velhice adiantada. A morte fica despojada do caráter de necessidade em termos do processo vital. É sempre um assombro. O traumatismo provocado pela morte é sempre uma irrupção no real. No inconsciente estamos todos persuadidos da nossa imortalidade, sem registro da morte, como um animal cego [...] (KOVACS, 1992, p.40).

A Aids retirou da sociedade moderna a falsa sensação de segurança, uma vez que vivíamos num processo de erradicação das principais doenças epidêmicas, em razão do aparato tecnológico sanitário, sendo as epidemias dos países menos desenvolvidos compreendidas apenas pela necessidade de implantação desses recursos. Essa realidade recentemente imposta demonstrou a impotência do poder médico em evitar novas epidemias e em dar soluções rápidas às mesmas (MARQUES, 2003).

Assim, equívocos iniciais abriram precedentes para que a Aids construísse sua história sob o signo do preconceito e da discriminação e se alastrasse sem controle por muitos anos. O chamado grupo dos “4 Hs”, formados por homossexuais masculinos, haitianos, hemofílicos e heroínômanos (usuários de heroína), transformaram-se em bodes expiatórios para a possível ameaça social. Eram os chamados “grupos de risco” (BASTOS, 2006).

O primeiro H referiu-se à associação da Aids com o universo homossexual, pois os primeiros casos foram identificados entre eles, nos EUA. O cenário da época refletia a luta pelos direitos civis dos homossexuais americanos e a eclosão de movimentos pela liberdade sexual e exaltação do orgulho *gay*. O desconhecimento científico da época uniu-se ao preconceito, estigmatizando pessoas a partir de suas práticas sexuais, comportamentos e atitudes. Como consequência, o número de infectados cresceu vertiginosamente, porque muitas pessoas acreditavam serem imunes à doença, por não fazerem parte desse “grupo de risco”.

O segundo H também foi baseado em um preconceito: por ocasião da epidemia, o Haiti era um grande exportador de mão-de-obra barata, além de ter, em seu próprio território, graves problemas políticos e econômicos. Por outro lado, possuía um forte apelo turístico, por ser possuidor de grandes belezas naturais e extremamente barato para o turista americano. As

condições de miséria, o sexo comercial, as condições de vida adversas a que eram submetidos dentro de seu país e também em seu exílio (em especial nos EUA), transformaram os haitianos em vítimas potenciais e vilões da disseminação da Aids. Mais uma vez, tanto a ciência quanto a sociedade buscavam isolar o vírus por meio do isolamento de pessoas.

O terceiro H tornou evidente o comércio de sangue, em que doadores profissionais (prática extinta no Brasil, em 1980) forneciam sangue em troca de dinheiro. Esse grupo era formado basicamente por pobres e marginalizados, dentre os quais usuários de drogas injetáveis, população bastante vulnerável à transmissão. Assim, receptores de sangue e hemoderivados constituíram-se em um novo grupo risco, sendo consideradas vítimas inocentes de “erros” alheios.

O quarto H, de seu lado, era inicialmente uma referência aos usuários de heroína em forma injetável. Porém, essa associação foi equivocada, já que a droga em voga na época era a cocaína, sendo esse H na realidade um “CH” (C de cocaína). O olhar discriminativo impediu por muito tempo a elucidação e a divulgação de informações sobre o perigo no compartilhamento de agulhas e seringas, causando a contaminação de inúmeras pessoas.

O grupo dos 4 “Hs” foi identificado como dos disseminadores da doença, criando a idéia de que a Aids seria uma punição para comportamentos socialmente condenáveis, em especial os ligados a práticas sexuais. A primeira designação recebida e difundida era que se tratava de uma “peste *gay*”, tornando os homossexuais nos principais alvos de segregação e desconfiança, mas também no primeiro grupo a se solidarizar com as vítimas e a se organizar socialmente, para combater o avanço da epidemia, como relata Kubler-Ross (1987), em seu livro *AIDS - o desafio final*, escrito no surgimento da Aids, quando não havia nenhuma possibilidade de tratamento para os pacientes com esse diagnóstico.

Assim, os chamados “Grupos de Risco” foram segregados numa tentativa vã de isolar a doença. As descobertas posteriores indicaram uma mudança de direção: não havia pessoas predispostas à contaminação. Surgiu, então, a designação “comportamentos de risco”, logo abandonada devido à constatação de que não só pessoas que se expunham a situações ditas de “risco” estariam sujeitas ao vírus. Isso foi confirmado pelo significativo aumento da infecção entre heterossexuais, mulheres casadas e das transmissões perinatais. Atualmente, o termo mais usado para caracterizar a possibilidade de infecção por HIV relaciona-se ao conceito de vulnerabilidade:

Este conceito aponta para a articulação de características pessoais (cognitivas, afetivas, psicológicas) com estruturas sociais de desigualdade (incluindo gênero, classe e raça), e ainda para os sistemas de produção de significado que se geram a partir da elaboração e do rebatimento, na cultura e sobre os indivíduos, do seu lugar específico na dinâmica de produção de desigualdades, na determinação dos comportamentos individuais facilitadores ou dificultadores da aquisição do vírus. (VILLELA, 2005, p.65).

A mudança no perfil dos contaminados pelo vírus não fez retroceder a visão de punição carregada pela doença, porém apenas fez surgir uma nova modalidade de representação: “Mulheres e crianças, assim como hemofílicos e politransfundidos seriam as vítimas inocentes que pagariam com a morte pelos desatinos de alguns, cuja sexualidade era vivida sem freios e sem limites” (PAULILO, 1999, p.53).

Podemos observar que a disseminação da Aids foi avassaladora e mortal. Em meio a esse cenário, a idéia de contaminação causava horror e medo, mobilizando atitudes defensivas excludentes por parte da sociedade, visto que a Aids está atrelada a dois grandes tabus: o sexo e a morte:

Como uma doença estreitamente correlacionada à atividade sexual, a associação sexo - Aids assumiu rapidamente uma importância simbólica muito forte associada à permissividade, a comportamentos sexuais supostamente desregrados, e a uma generalização da decadência moral. A definição de Aids como uma doença letal foi interiorizada de maneira profunda e contribuiu para exacerbar temores relacionados à morte já latentes no imaginário ocidental notadamente expressos nas atitudes de mascaramento, do silêncio, do esquivamento, da evitação do tema. (PAULILO, 1999, p.13).

Nessa perspectiva, se no campo físico a Aids causava debilidade e tornava o corpo vulnerável às doenças oportunistas levando à morte, no campo social e emocional os estragos não eram menos desastrosos. Paradoxalmente, sentidos ligados à vida, como sexo, sangue, contato e prazer são agora vinculados à morte e à punição, sendo a Aids considerada uma verdadeira catástrofe social.

A reação ao medo da transmissão gerou e ainda gera atitudes de discriminação, ao mesmo tempo em que a prevenção se torna difícil, porque a Aids se tornou a doença do “outro”¹⁵. A capacidade de negação do ser humano, com respeito à sua finitude, parece se estender também a essa grave doença, uma vez que representa um ataque direto ao narcisismo

¹⁵ Essa expressão remete ao que é externo ao indivíduo, não tendo relação com o termo laciano (Outro).

humano e remete à perda de um ideal, expondo o que não poderia ser visto ou pensado. O diagnóstico condena seu agonizante à expulsão do paraíso, à condição do humano e ao julgamento dos mortais.

Em função do risco de contágio, a Aids tem de ser anunciada ao paciente. Com o diagnóstico o sujeito sente-se desnudado no seu íntimo, pois o que até agora pertencia ao âmbito da vida privada, sua sexualidade, seus hábitos, e costumes serão denunciados por esse corpo que adocece. É neste contexto que surgem fantasias de perdas sucessivas, como a perda do trabalho, perda dos amigos e familiares, perda da vida sexual, perda dos projetos, enfim, perda do próprio corpo que agora pode adoecer e morrer. (SANTOS, 2001, p.45).

A tentativa de excluir o diferente é um dos mecanismos empregados pela sociedade para se manter íntegra, longe dos aspectos individuais que ameaçam seu equilíbrio. Freud, em *O mal estar na civilização* (1988[1929]), reflete sobre a inevitabilidade do sofrimento e a busca de felicidade pelo homem, salientando que a sociedade teria como premissa manter seus indivíduos protegidos contra a natureza e ajustar seus relacionamentos, em especial, o amor genital. Por isso, a busca “do prazer pelo prazer” foi tida como inadequada à conduta humana e a moral religiosa, na qual o amor aceitável é o que se limita a um homem e uma mulher. Dessa forma, a civilização se viu fortalecida, ao procurar inibir e controlar os impulsos sexuais:

Não é difícil imaginar, desse ponto de vista, a ocorrência de uma doença que aparece inicialmente em grupos socialmente marginalizados, como uma reprodução simbólica do desejo da sociedade em se livrar daquilo que nunca quis que existisse, mas que, por ser humano, nunca deixou de existir. (ROTHSTEIN, 1997, p. 227).

Nesse sentido, o preconceito e a discriminação se estabelecem como reflexo da necessidade de manter-se o equilíbrio do sistema social, através da identificação e da exclusão da diferença. Freud, em *O estranho* (1988[1919]), afirma que a experiência de estranheza frente ao diferente acontece quando o indivíduo percebe algo de familiar no que é estranho, mas que, por alguma razão, foi recalcado e, assim, impossibilitado de ser reconhecido totalmente. Esse estranhamento pode representar uma forma de proteção do que é sentido

como ameaça à integridade psíquica e social, ou, ainda, possibilitaria um distanciamento do que há de semelhante, mas inaceitável no próprio indivíduo.

O preconceito e a discriminação seriam a exteriorização desse processo, em que o estranho tem que ser isolado e excluído. O inaceitável tem que ser banido, seja pela sua supressão, seja pela sua negação. A construção do preconceito passa por uma tentativa de reconhecimento desse diferente, pela qual o indivíduo lança livremente suas projeções sobre o que é supostamente desconhecido. Desse modo, o homem percebe inicialmente o que é mais evidente no outro: o corpo. Este se torna alvo de projeções que tentam significá-lo. Esse olhar etnocêntrico, ou seja, que toma como base seu próprio eu, busca o reconhecimento. O julgamento se baseia no que é aceitável no indivíduo, sendo alvo de repulsa no outro o que não o for.

É no corpo de alguém que se inscrevem as marcas da diferença geradoras do preconceito; é ao corpo de alguém que você reage; a reação é em relação à diferença (muitas vezes, traduzida em poder) que esse corpo representa. A imagem de alguém sempre tem algum signo de poder. Não se trata da idéia de poder pela simples dominação, mas, sobretudo pela contaminação que pode ensejar. Se não se outorga algum tipo de poder em relação àquele que é o objeto da diferença, então não há preconceito. (BANDEIRA; BATISTA, 2002, p.12).

Assim, a doença torna-se o inimigo a ser vencido em si e no outro. Invade o corpo e a sociedade, gerando o medo do contágio e do adoecimento. Nesse sentido, poderíamos dizer que a Aids se converteu no representante de tudo que invade e destrói e, portanto, deve ser isolada, a fim de se evitar o contágio.

O cenário construído desde o surgimento da Aids sofreu inúmeras transformações, em especial no que diz respeito ao tratamento do corpo biológico. O coquetel de medicamentos deu novo fôlego às pesquisas, ao mesmo tempo em que garantiu aos soropositivos um aumento na expectativa e na qualidade de vida. Porém, o aspecto social da Aids ainda carrega consigo sua carga estigmatizante, em que o conhecimento sobre a doença pouco diminuiu a dimensão imaginativa acerca dela. Por conseguinte, tanto os pacientes soropositivos quanto seus familiares ainda se vêem vítimas de preconceito e discriminação, mesmo que de forma mais velada e contida. Isso atinge também toda uma geração de crianças soropositivas, que, por consequência do avanço tecnológico das medicações, se viu crescer sob esse estigma. Os indivíduos têm que lidar com a realidade imposta a um soropositivo, tanto no âmbito biológico quanto em sua vida social. Essa conjectura trouxe consequência para o mundo

emocional dos que tiveram suas vidas entrelaçadas ao vírus da Aids. Vale frisar novamente que essa divisão é meramente ilustrativa, pois se descobrir soropositivo implica lidar simultaneamente com todos esses aspectos que afetam diretamente o mundo mental de cada indivíduo, como veremos a seguir

2.3. O Eu com HIV/Aids: a invasão do mundo mental

O diagnóstico de Aids traz consigo inúmeras repercussões para a vida de quem se descobre portador dessa doença. Além de todo o mal-estar do corpo físico e dos desdobramentos da vida social, o indivíduo soropositivo é atravessado pela realidade de ser portador de algo que ataca diretamente seu narcisismo e lhe retira a condição imaginária de imortalidade. Sendo a morte um aspecto constante e inegável da doença, para a psicanálise ela se constitui enquanto impossibilidade psíquica em ter uma representação possível para esse evento, como afirma Freud, em seu texto *Reflexões para o tempo de guerra e de morte* (1988[1915]):

De fato, é impossível imaginar a própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pode aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade. (p.327).

Dessa maneira, descobrir-se portador de um vírus mortal impõe ao psiquismo o contato com uma idéia irrepresentável. Além disso, revela a intimidade do indivíduo, expondo sua vida privada como forma de “prestar contas” para o outro e para si dessa condição, porque, apesar dos avanços no tratamento da Aids e na constatação da não existência de grupos de risco, permanece no imaginário social e, conseqüentemente, no psiquismo individual, a idéia de marginalização e culpa associadas à contaminação pelo vírus HIV.

O vírus não invade somente o corpo, portanto, mas também o mundo emocional do sujeito, que se depara com a impossibilidade de manter a fantasia onipotente de segurança e de imortalidade. O corpo infectado ganha novos significados, tendo em si o contorno incômodo da morte.

Do ponto de vista do ego-corporal, portar a morte dentro de si (imagem comumente trazida pelos pacientes) sugere uma imagem que expressa a ação de fantasias paranóides, de cujo corpo sexuado são lançados ataques virulentos e mortais contra si e contra o outro, fazendo da lavoura vital um meio de cultura letal. (LABAKI, 2006, p.31).

Essa associação entre Aids e morte não se fez de maneira tão direta; ela teve como meio de ligação o contágio ou, mais especificamente, o contato entre pessoas. Por isso, ter Aids conduz a uma reformulação das relações sociais e afetivas do indivíduo, impondo um paradoxo entre o se relacionar e o se esconder do outro. O que de si pode ser rejeitado afeta o Eu em sua necessidade mais essencial, a necessidade de se relacionar. Desde a mais tenra infância, dependemos de alguém para sobreviver e isso se mantém ao longo da vida, alterando-se somente o tipo de necessidade premente. Importante ressaltar que a constituição do psiquismo se faz através do outro, que, de alguma forma, vai delineando como se darão as relações do sujeito com o mundo. Entretanto, o revelar-se ao mundo externo pressupõe o risco de uma não aceitação, risco este efetivamente aumentado, por ocasião do diagnóstico de Aids. Muitas vezes, mais do que a morte física, os indivíduos portadores dessa doença temem a morte social.

Nesse sentido, o corpo pode se tornar um delator de um estado que deve manter-se à sombra, impedindo o sujeito de deparar-se com o horror que o povoa, estampado (projetado) no olhar do outro. Nunca, em nossa sociedade, o corpo esteve tão evidente, transfigurado em objeto de valor social. Entretanto, continua a ser o lugar de manifestação de muitos conflitos psíquicos, que encontram no corpo sua expressão mais concreta e veemente (FERNANDES, 2005).

Como o corpo é o local onde se desenvolvem as complexas relações entre o psíquico e o somático e como ele tem um caráter simbólico para além do meramente biológico, estar habitado e ameaçado pelo vírus HIV remete a toda uma construção histórica do sujeito. O corpo erógeno, ligado ao prazer, transpõe-se agora a um corpo que padece.

A Aids, assim como toda doença grave, acomete a pessoa, deixando-a desnordeada. A idéia de que a morte pode ocorrer iminentemente tolhe o espaço de pensamento, provocando uma retração do eu, uma retirada do investimento “no mundo” e um sobre-investimento da libido no eu - superfície corporal, num movimento de preservação de si mesmo, de tamponamento dessa ferida narcísica, que insiste em permanecer aberta drenando todas as energias. (SANTOS, 2005, p. 1).

Assim, a realidade psíquica confronta-se com essa realidade corpórea, que, por seu turno, remete à impossibilidade de existência. O diagnóstico de Aids possui como particularidade o fato de não atingir um órgão específico, mas todo o corpo, ao mesmo tempo em que a ausência de infecções oportunistas cria a invisibilidade do corpo infectado, tendo o sujeito muitas vezes apenas um papel que reflete sua condição. Esse aspecto permite também o recrudescimento de defesas que objetivam a retomada da fantasia onipotente de imortalidade. Estabelece-se um jogo de “não saber, sabendo”, o qual possibilita ao indivíduo transitar pela condição de soronegativo e soropositivo. Uma das dificuldades em relação ao uso correto das medicações antiretrovirais reside no fato de que tomar o remédio traz o sujeito concretamente de volta a essa realidade (SANTOS, 2005).

Até este momento, atentamos para o modo como o diagnóstico de Aids interpela a vida de indivíduos que são surpreendidos por essa realidade. Porém, deslocando a atenção para o objeto desta pesquisa, dirigimo-nos agora para questões sobre como essa realidade influencia quem, desde o nascimento, convive com ela.

A idéia da soropositividade é entendida aqui como um evento de grande carga física, social e emocional, mas que, de maneira alguma, constitui-se em um determinante para a construção da personalidade do indivíduo. Entretanto, não há como negar a importância desse fato na vida de uma pessoa, muito menos na de um adolescente que o carrega consigo desde a infância:

Se em matéria de personalidade não podemos dizer que existe um padrão, um desenho prévio da pessoa infectada. Há, no entanto, uma singularidade: a coexistência de uma específica condição ontológica – a de ser portador de um vírus – com a inespecificidade da personalidade que tem a mesma variação de qualquer outra. Essa duplicidade é a que configura para nós a situação mais claramente atribuível às pessoas que vivem com o vírus. (LENT, 2005, p.32).

Nesse sentido, a idéia de que não há um estereótipo de soropositivo permite uma reflexão sobre como essa duplicidade – a personalidade ímpar do sujeito e o evento da soropositividade – se relaciona com o evento da adolescência. Para tanto, traçamos, a seguir, um esboço do que seria o adolescer para a psicanálise.

3. O ADOLESCER

3.1. O adolescer e a sociedade

A adolescência é um fenômeno recente em nossa sociedade, de sorte que seus contornos atuais começaram a se definir com o advento da modernidade, como consequência da industrialização e do desenvolvimento da burguesia. Até então, não havia lugar para a adolescência, estando esta perdida entre a infância – também recentemente reconhecida – e a juventude, que abrangia uma idade mais tardia. Ariès (1981) mostra que o conceito de criança caracterizada como um indivíduo em desenvolvimento e com necessidades específicas surgiu no século XVIII, quando a adolescência ainda se confundia com a infância. Nesse período, empregava-se indiferenciadamente, no latim dos colégios, as palavras *puer* e *adolescens* para designar seus alunos, independente de sua idade. A constituição do modelo de família nuclear moderna, o prolongamento da idade escolar e a ampliação do acesso ao sistema educacional ajudaram a estabelecer o que hoje conhecemos por adolescência. Assim, somente no século XX a adolescência foi caracterizada como período evolutivo diferenciado.

Essa etapa do desenvolvimento humano passou a ser reverenciada na atual sociedade como objeto de desejo, representante do belo e do prazer, em que o adulto se identifica com a busca de liberdade e a transgressão adolescente. Ao mesmo tempo, a adolescência constitui-se em algo perturbador para o equilíbrio social, sendo o adolescente a imagem do desafio e da insubordinação. Esse paradoxo remete ao fato de ser este um período marcado por transformações biológicas, psicológicas e sociais, que serão vividas de acordo com a cultura vigente e que, em nosso contexto, prima pela estética. A Organização Mundial da Saúde (OMS) localiza a adolescência no período entre 10 e 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente Brasileiro aponta para a fase dos 12 aos 18 anos.

Entretanto, em decorrência das profundas transformações sociais que operam, na atualidade, delimitar a adolescência tornou-se praticamente impossível, já que cada vez mais precocemente identificamos os sinais do fim da infância e mais prolongada tem sido a adolescência, retardando a consolidação da identidade adulta, mantendo muitos adultos ligados às características adolescentes, os chamados *adultescentes*, neologismo criado a partir das palavras inglesas “*adult*” e “*adolescent*”, revelando o caráter ideal ocupado pela adolescência, em nossa cultura.

Porém, por muito tempo, acreditou-se que o início da adolescência era demarcado pelas mudanças biológicas que rompiam com o polimorfismo infantil. Essa compreensão é atualmente questionada pela constatação da complexidade do processo do adolecer e de outros aspectos inerentes a ele, como o contexto social. Contudo, o efeito de tais mudanças não pode ser desvalorizado, uma vez que o adolescente tem que se haver com esse novo corpo e com as possibilidades psíquicas e sociais que surgem com ele. A chamada puberdade compreende alterações fisiológicas e hormonais relacionadas ao aumento da massa corporal e à velocidade do crescimento, que estão associados à maturação do sistema reprodutivo. Assim, seu início é demarcado pelo aparecimento da ejaculação nos meninos e pela menarca nas meninas. Em muitas civilizações, esse era o sinal de que os jovens estariam prontos para ingressar no mundo adulto. Estipulavam, pois, “rituais de passagem” para esse momento, quando o jovem podia demonstrar suas aptidões e garantir o fortalecimento de sua autoconfiança (LEVISKY, 1998).

Em decorrência, quanto mais estratificada e rígida for a cultura, maior será a crise da adolescência, ao contrário das sociedades primitivas, nas quais os conflitos não chegam a se instalar, visto que o adolescente é prontamente absorvido pela estrutura social como adulto (KALINA; GRYNBERG, 1974).

Na sociedade atual, essa passagem não acontece de maneira tão simples. Muitas vezes, a adolescência começa muito antes das transformações biológicas se fazerem presentes. Crianças de nove ou dez anos já dão indícios de desejarem o universo adulto, pondo fim precocemente ao mundo infantil. A exposição maciça à mídia, as exigências de uma adultificação do comportamento infantil e a imposição da realidade econômica, que lança muito cedo os jovens às responsabilidades do universo adulto, têm reduzido o tempo da infância (POSTMAN, 1999).

3.2. A busca da identidade

A adolescência compreende mais do que uma passagem ou uma ponte entre a infância e a vida adulta. Em nossa sociedade, não está claro, ao contrário das sociedades que possuem seus “rituais de passagem”, o que demarca o tornar-se adulto. Ao adolescente atual é imposto um período de moratória, conceito desenvolvido por Erikson (apud CALLIGARIS, 2000), quando ele possui todas as habilidades concretas para galgar sua condição adulta, mas é-lhe observado que ainda não possui todos os requisitos subjetivos. O adolescente é lançado num

período de indefinição e busca de reconhecimento, uma vez que o seu espelho parece estar vazio. Neste tempo, a independência é o valor máximo de significação da conquista do mundo adulto. Para o adolescente, não há como não perceber a contradição entre o ideal de autonomia e a condição de dependência que lhe é imposta. Winnicott (1983) referiu ser a adolescência um tornar-se adulto. Para tanto, descreve-a também como um período em que o adolescente se vê aguardando essa passagem:

Descrevi a frase “tédio de adolescente” para descrever os poucos anos em que cada indivíduo não tem outra saída a não ser esperar e ainda sim fazê-lo sem ter consciência do que está acontecendo. Nesta fase o adolescente não sabe se ele ou ela é homossexual, heterossexual ou narcisista. Não há uma identidade estabelecida ainda, nem uma forma de vida que modele o futuro e faça sentido estudar para os exames. Não há ainda a capacidade de se identificar com as figuras paternas sem perder a identidade pessoal. (p. 220).

Todavia, essa espera não é vivida de forma tranqüila. Todas as transformações associadas ao não reconhecimento dos adultos da condição do adolescente refletem a necessidade de tentar descobrir o que é esperado dele. Já não possui a graça infantil que lhe conferia segurança no amor dos adultos e se depara com inúmeras projeções que buscam significar a adolescência como um período mágico, idealizado pelos adultos, que, seguramente, esqueceram como é estar nesse período de moratória. Inversamente a essas projeções, o que o adolescente vê como imagem de si é o vazio existente entre a criança que foi e o adulto que ainda não é, fazendo da adolescência uma época marcada pela fragilidade da auto-estima, depressão e risco de suicídio, sendo a insegurança um traço próprio do adolescer (CALLIGARIS, 2000).

Trata-se, portanto, de um período caracterizado por perdas e pela necessidade de se realizar lutos pelos aspectos infantis, como afirmam Aberastury e Knobel (1992), os quais descreveram aspectos que comporiam uma “Síndrome Normal da Adolescência”, constituídos principalmente pelas seguintes perdas: a) luto pelo corpo infantil: as transformações decorrentes da puberdade são imperiosas à vontade do adolescente. O novo corpo que surge provoca impotência e desejo, exigindo dele uma reorganização psíquica em torno de sua nova condição; b) luto pelo papel e identidade infantis: os privilégios da infância e da condição infantil dão lugar a novos aspectos, que estão alicerçados sob os impulsos sexuais e agressivos que agora emergem após o período de latência; c) luto pelos pais da infância: os pais da infância representam, no imaginário do adolescente, proteção e segurança diante do

desconhecido que se revela e, por isso, tenta preservá-los em sua personalidade, relutando em aceitar os pais reais, temendo, com isso, perder esses pais idealizados; d) luto pela bissexualidade infantil: o desenvolvimento corporal marcado pela definição sexual biológica se impõe à condição bissexual infantil, trazendo conflitos ao processo de identificação do adolescente.

Esse processo normal possibilita a construção de uma identidade própria do adolescente, que, do ponto de vista psicológico, representa a tarefa básica da adolescência e compreende a aquisição de um sentimento de identidade pessoal. Assim, percebe-se que a crise da adolescência é predominantemente uma crise de identidade, que pode ser assim descrita:

O conhecimento por parte de cada indivíduo da condição de ser uma unidade pessoal ou entidade separada e distinta dos outros, permitindo-lhe reconhecer-se o mesmo a cada instante de sua evolução ontológica e correspondendo, no plano social, à resultante de todas as identificações prévias feitas até o momento considerado. (OSÓRIO, 1992, p.15).

Nesse sentido, a construção da identidade se faz através do processo de identificação, que, por seu turno, compreende – de acordo com Laplanche e Pontalis (2001, p.226) – um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro”. A noção de identificação aparece pela primeira vez em Freud, em seu texto *Totem e tabu* (1988 [1913]), onde analisa o canibalismo como forma de incorporação das qualidades da pessoa devorada, de sorte que o devorador realizava uma identificação com ela, adquirindo parte de sua força. Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1988[1914]), está implícita a noção de identificação, quando Freud distingue dois tipos de escolha objetal: a de tipo anaclítico (quando a criança escolhe, como objeto sexual, as pessoas que cuidam dela) e a de tipo narcísico (quando toma a si mesma como objeto de amor). Em *O instinto e suas vicissitudes* (1988[1915]), Freud descreve os processos de introjeção e projeção como processos complementares usados desde os estados mais primitivos do desenvolvimento. Já em *Luto e melancolia* (1988[1917]), Freud elabora mais claramente o conceito de identificação por introjeção vinculado com a perda do objeto amado. E, finalmente, em seu texto *O ego e o id* (1988[1923]), demonstra que o superego resultava da introjeção dos pais, em especial da figura paterna, relacionando com o Complexo de Édipo.

Mas é com Klein (1991) que esse conceito ganha destaque e uma nova abordagem. Para ela, a existência de uma fase objetal primitiva caracterizaria a existência do processo nos primórdios da vida, sendo que o bebê, por meio da projeção e da introjeção, faria uso da identificação, inicialmente com objetos parciais e, posteriormente, com objetos totais, desenvolvendo inclusive um importante mecanismo de defesa contra as ansiedades: a identificação projetiva¹⁶.

Dessa maneira, compreende-se que o adolescente passa por uma desidentificação com os objetos infantis e com o universo intrafamiliar, para poder se reidentificar com novos objetos externos, vivendo entre os desejos da vida adulta e a manutenção dos privilégios da infância. Abandonar a condição infantil não acontece sem turbulências. Para efetivamente galgar sua nova identidade, o adolescente terá que abdicar de uma rede de identificações infantis. Por outro lado, estas servirão de base para a consolidação das novas identificações e para a nova identidade que surge:

Conseqüentemente, a identidade como um aspecto da personalidade pode ser compreendida como a resultante de uma multiplicidade de identidades parciais que, como num caleidoscópio, tem seu aspecto invariável e contribui para a formação de diferentes configurações, criando novas imagens à medida que ocorram movimentos no meio circundante ou no meio externo. (LEVISKY, 1998, p. 71).

Esse processo em muito se assemelha ao processo de separação que ocorre na primeira infância, no qual a criança vai aos poucos saindo da condição simbiotizada com a mãe. Isso acabaria por gerar, durante a separação, na adolescência, ansiedades em decorrência da perda do vínculo simbiótico residual dessa primeira separação, na infância. É onde surge a necessidade do adolescente em eleger objetos que possam ser intensamente investidos libidinalmente, como ídolos, amigos ou parceiros amorosos, numa tentativa de reencontrar aquele estado fusional. Sobre esse processo de separação Viorst (1988, p. 158) ressalta:

A adolescência é às vezes descrita [...] como uma segunda individuação de separação. É constituída sobre o eu separado já estabelecido. E se esse eu for por demais frágil, e se a separação foi muito parecida com a morte, podemos não estar dispostos, não ser capazes de tentar outra vez.

¹⁶ Na identificação projetiva, partes do ego primitivo e também partes do objeto interno são projetadas no objeto externo. Essa projeção é uma tentativa do bebê de possuir e controlar esse objeto e, ao mesmo tempo, se identificar com as partes projetadas. Pode ter, como objetivos, evitar a separação do objeto ideal ou pode ser dirigida ao objeto sentido como mal, numa tentativa de controle sobre a fonte de perigo (SEGAL, 1975).

Na realidade, na adolescência, assim como em outros momentos críticos do desenvolvimento humano, como o nascimento, o desmame, o casamento, o adoecimento, entre outros, emergem movimentos regressivos que suscitam, no ego, o aparecimento de mecanismos de funcionamento primitivo, alguns de natureza fusional. Nessa perspectiva, a forma como se estabeleceram os primeiros vínculos na infância e como estes foram elaborados vão se refletir e emergir com o advento da adolescência.

A existência de um ambiente facilitador, um *holding*¹⁷, como o chamou Winnicott (1983) ou *rêverie*¹⁸, como o designou Bion (1994), exerce influência decisiva sobre o desenvolvimento. A mãe, como primeiro objeto identificatório do bebê, necessita estar em um estado que Winnicott (1983) denominou de preocupação materna primária, em que aceita permanecer – temporariamente – em um estado de dependência e de controle onipotente, ajudando paulatinamente o bebê a lidar com as frustrações, sem que estas sobrecarreguem em demasia o psiquismo, o que se tornaria um sofrimento insuportável para ele. Ao se colocar como agente de satisfação, sem invadir o mundo mental do bebê, a mãe ajuda a criar um espaço de ilusão, onde ele acredita ser o criador de sua fonte de satisfação. Esse estado de dependência absoluta ou narcisismo primário permite ao bebê construir o sentimento de ser, base do *self* verdadeiro¹⁹. Quando isso não é possível e essa mãe falha em demasia, não reconhecendo as necessidades de seu bebê, lança-o a um sofrimento e desamparo insuportáveis, quando terá que se submeter ao outro, organizando-se em torno de um falso *self*²⁰, para sobreviver às fantasias de aniquilamento.

Nessa relação a princípio simbiótica, o bebê chega a alucinar o objeto de satisfação (no caso, o seio) como fazendo parte de si mesmo. Quando a mãe suficientemente boa, ou seja, em sintonia com as necessidades de seu filho, oferece-lhe o seio, ele transforma essa alucinação numa ilusão, como se o objeto tivesse sido criado por ele. Essa área de ilusão

¹⁷ *Holding* (do inglês *to hold* = sustentar) designa uma das funções da mãe em relação ao seu bebê, provendo-o de suas necessidades físicas e emocionais, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento do bebê.

¹⁸ *Rêverie* é palavra utilizada por Bion para designar a capacidade materna em converter as sensações do bebê em elementos elaborados, dando sustentação ao processo de desenvolvimento. Na verdade, os conceitos de *holding* e *rêverie* estão muito próximos, compreendendo a necessidade que o bebê tem da existência de uma mãe externa real que esteja ligada a ele, de forma a perceber e atender suas necessidades, sobrepondo-se, inicialmente, às necessidades maternas.

¹⁹ *Self* designa como o indivíduo se percebe como um Eu total baseado no funcionamento do processo de maturação e pelo ambiente facilitador. O *self* verdadeiro designa essa boa evolução do bebê com seu ambiente, resultando em um sentimento de sentir-se real (WINNICOTT, 1994, p.210).

²⁰ O *falso-self* corresponderia a uma organização psíquica em torno da qual o bebê se desenvolve com o intuito de proteger seu *self* verdadeiro. Possui, portanto, características adaptativas ao ambiente, podendo ir de um aspecto normal da personalidade até ao patológico (NEWMAN, 2003).

possibilita que se organize na mente do bebê um espaço que conterà essas experiências de reencontro com o objeto e que incluirá as representações de *self* e de objeto, desenvolvendo, assim, a capacidade de pensar

Conforme o bebê se desenvolve e a relação com sua mãe caminha de maneira satisfatória, o bebê passa de um estado inicial de não-integração para a integração, sua principal tarefa até então. “À medida que o *self* se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental e, portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável. Desta forma, a dependência diminui gradativamente” (WINNICOTT, 1990, p.137)

Esse caminhar rumo à independência relativa desperta o bebê para sua própria existência diferenciada do mundo externo. Criam-se sentimentos de culpa decorrente dos ataques deferidos ao objeto, que agora é percebido de maneira mais integrada. O bebê adquire o que Winnicott (1990) chamou de “Estágio de Concern”²¹, no qual vem a capacidade de preocupar-se. Essa nova configuração ainda é bastante dependente da continuidade do ambiente, isto é, da relação com a mãe. Não é objetivo aqui esmiuçar aspectos do desenvolvimento infantil, porém, a forma como essa separação inicial ocorre pode se refletir na adolescência, onde novamente esse caminhar rumo à independência se faz imperioso. Sobre isso, Levisky (1998) comenta:

Falhas na condição de *rêverie* ou *holding* ocorridas durante a relação mãe/bebê podem ser geradoras de dificuldades posteriores, na adolescência, na integração do ego, na delimitação dos contornos eu/não-eu, ou na capacidade do pensamento transitar de uma situação sensório-motora para uma conceitual. (p.170).

Enfim, o processo de identificação na adolescência implica uma busca pela identidade adulta, caracterizada pelo desejo de conquistar sua emancipação sexual, psicológica e social. Vincula-se às primeiras relações com as figuras parentais e também com aspectos da cultura onde está inserido, sendo que tais aspectos podem se manifestar através dos modelos identificatórios dos pais, repassados de início à criança e posteriormente ao adolescente, por intermédio da transmissão de valores conscientes e inconscientes, como também podem agir diretamente sobre a criança e o adolescente, através do contato com o mundo externo à família. Tal construção não se encerra na adolescência, continuando por toda a vida adulta.

²¹ Corresponde à Posição Depressiva do modelo de desenvolvimento proposto por Melanie Klein.

Entretanto, na adolescência, o *self* adquire uma nova qualidade, pelos novos limites entre o eu e o não-eu, à medida que renuncia aos aspectos infantis e aproxima o ego-ideal²² do ideal de ego²³, como afirma Viorst (1988, p. 155):

Paralelamente, ou talvez como parte da crise da adolescência, ocorre um abrandamento da severidade de nossa consciência e a mudança do ego ideal de uma grandiosidade impossível para algo mais realista, e quase...acessível. Pois o ego ideal – os padrões e as expectativas de cada um para si mesmo – é formado pelos sonhos narcisistas de nossa infância. E esses sonhos – essas visões infantis do que é um ser humano completo – têm que crescer com o resto.

3.3. A vivência da sexualidade

Essas novas configurações reativam o conflito edipiano, visto que a energia sexual e agressiva é intensa e o ego ainda não possui recursos suficientes para conter esses impulsos. A criança calma da latência dá lugar ao inquieto adolescente. Essas mudanças, em especial as mudanças corporais incontroláveis e as exigências externas, são sentidas primeiramente como invasivas, podendo provocar a tentativa defensiva de reter as conquistas infantis. No entanto, a reedição do conflito edipiano é imperativa e perigosa. Existe agora um corpo apto à realização dos desejos incestuosos e a sexualidade genital é uma realidade concreta. Além disso, esse novo corpo exige uma reformulação de seu correspondente psíquico, o esquema corporal, quer dizer, “a representação mental que o sujeito tem de seu próprio corpo, como consequência de suas experiências em continua evolução” (KNOBEL, 1992, p. 31).

O corpo permite agora o exercício da sexualidade, que antes existia, mas encontrava no corpo infantil o limite para sua extrapolação. Freud, em seu trabalho *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1988[1905]) salientava a importância das mudanças da puberdade para a reinstalação da capacidade genital do indivíduo, de sorte que essas mudanças permitiriam o desenvolvimento de uma maturidade sexual.

²² O ego ideal é uma formação intrapsíquica descrita por Freud (1988i), que corresponde ao ideal narcísico de onipotência (no nível imaginário), criado em substituição ao período narcísico da infância, sendo, portanto, um herdeiro do narcisismo infantil (“o que eu gostaria de ser”).

²³ O ideal de ego também descrito por Freud (1988i) referindo-se a uma formação intrapsíquica que serve de referência ao ego, com a função de cuidar da satisfação narcísica do Ego ideal, vigiando o Ego real e comparando-o com o Ideal, sendo o precursor do superego (“Compara o que eu sou com o que eu gostaria de ser”).

Em conseqüência, dentre as tarefas de que o adolescente se vê incumbido, a identidade sexual talvez seja uma das mais prementes. O desenvolvimento corporal abre caminho para a emergência de uma pressão instintual, fazendo o adolescente buscar novos objetos gratificantes. A busca pulsional tem sua origem nos primórdios da vida, sendo a pulsão uma necessidade instintual originada no Id, instância psíquica que é o reservatório das pulsões. Essa pulsão liga-se inicialmente a uma representação, que corresponde às primeiras vivências do bebê com suas imagos parentais, determinando sua forma de satisfação.

Durante a adolescência, põem-se em evidencia um conflito gerado pelo desinvestimento da vida infantil e um reinvestimento das funções do ego, do *self* e das relações de objeto. Em seu princípio, a libido²⁴ é de natureza narcísica, ou seja, voltada para o próprio indivíduo. As relações do adolescente com outras pessoas, nesse período, são marcadas pela projeção de aspectos de si mesmo, com os quais ele busca se identificar. O outro é vivido de forma idealizada e é depositário dessas idealizações. Normalmente, isso é vivido com indivíduos do mesmo sexo, facilitando a identificação.

Porém, essa forma de relacionamento deixa de ser gratificante, à medida que o adolescente vai evoluindo no processo do adolecer. As pressões da libido já não podem mais ser satisfeitas apenas com esse objeto idealizado, e ele passa a buscar novas fontes de satisfação. Abre-se caminho para o encontro com o objeto heterossexual. Esse novo objeto de investimento é inicialmente ambíguo, gerando ambivalência em razão dos temores e desejos que desperta, porque a reedição do conflito edípico está presente (LEVISKY, 1998).

A masturbação surge como possibilidade de desenvolvimento das novas zonas erógenas, encaminhando o adolescente ao prazer genital. Levisky (1998) cita a existência de duas fases; num primeiro momento, a masturbação tem como objeto o próprio indivíduo e revela um caráter narcísico de relação. Num momento posterior, a masturbação contém relações e fantasias com um outro. Pode funcionar, pois, como um espaço transicional, sendo o intermediário para alcançar as relações heterossexuais e o intercâmbio com o objeto amoroso, acalmando os temores da castração. Por sua vez, as experiências homossexuais, durante a adolescência, especialmente em seu começo, podem estar ligadas à necessidade de experimentação dos papéis sexuais, ao mesmo tempo em que denotam uma tentativa defensiva de manter a bissexualidade infantil.

²⁴ Energia descrita por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento dos investimentos), quanto à meta (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte de excitação sexual (zonas erógenas). Seria a energia da pulsão sexual, enquanto esta seria a força que exerce uma pressão no psiquismo. (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001)

Com o desenrolar do processo, o adolescente inicia sua saída do campo do imaginário para lançar-se às primeiras aproximações com o objeto sexual. Entretanto, o adolescente ainda encontra-se em uma situação de fragilidade, tentando desvencilhar-se das identificações com seus aspectos infantis e o ego ainda não está totalmente fortalecido. Essas primeiras experiências sexuais concretas podem ser fontes de angústia e de culpa para o adolescente, que precisa renunciar de forma irreversível aos objetos primários de amor, através da sublimação, realizando seu desejo de amar e ser amado.

A evolução das experiências amorosas leva os jovens a abandonarem a bissexualidade, a ambivalência, a se desvencilharem das imagens parentais e ansiedades primitivas. O fato de terem adquirido a capacidade de procriação, associada à possibilidade de realização dos papéis parentais e a definição de não-consumação do incesto, concretiza a individuação e conduz o adolescente para a definição de uma identidade adulta estável. (LEVISKY, 1998, p. 112).

Winnicott (2001) destaca que o adolescente pode apresentar atividades homossexuais ou heterossexuais compulsivas, como forma de livrar-se do sexo ou como uma descarga de tensões, não se constituindo necessariamente em uma união entre duas pessoas completas, uma vez que a vivência precoce da sexualidade pode ser assinalada pela confusão ainda presente sobre seu papel sexual.

3.4. O adolescente, a família e o grupo

O adolecer será, em parte, facilitado ou não pelo ambiente, em especial pelos pais, que terão diante de si a tarefa de sobreviver aos ataques desferidos pelo adolescente, já que, para ele, as imagens paternas agora se constituem em uma ameaça a sua busca pela autonomia e um perigo para a realização de seus impulsos sexuais e agressivos.

É muito útil comparar idéias da adolescência com as da infância. Se o que existe na fantasia do crescimento primitivo é a *morte*, então na fantasia adolescente existe *assassinato*. Mesmo quando o crescimento da puberdade continua sem maiores crises, a pessoa pode precisar lidar com problemas graves, pois crescer significa tomar o lugar dos pais. *E realmente o faz*. Na fantasia inconsciente, a agressividade é inerente ao crescer. E a criança não tem mais o tamanho de uma criança. (WINNICOTT, 1989, p.123).

Diante de tal perigo, o adolescente se vê sozinho. Não pode aproximar-se dos pais externos sem atacá-los e não mais possui, igualmente, os pais da infância, visto que os está destruindo, em seu processo de crescimento. Eis que surge o grupo como uma alternativa satisfatória e, ao mesmo tempo, tranquilizadora, funcionando como um protetor ante suas angústias e temores, como um continente e um substitutivo parental para o adolescente (LEVISKY, 1998; ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Assim, o grupo se torna um local seguro para o adolescente experimentar suas novas aquisições e vivenciar seus impulsos sexuais e agressivos, sem o risco efetivo do incesto e do assassinato. A tendência grupal é uma das características da adolescência, em que a uniformidade grupal, isto é, a tendência dos adolescentes em se portarem e se vestirem de maneira igual, confere um sentimento de segurança e auto-estima, exercendo a função de continente ante os anseios e temores das novas experiências. O adolescente procura, no grupo, normas claras e definidas, fazendo-o sentir-se parte de algo, já que não pode ainda se integrar ao universo adulto (CALLIGARIS, 2000). Todavia, essa identificação com o grupo tem como base sua experiência com a família, ao mesmo tempo em que este se torna seu contraponto, seu opositor.

Winnicott (1989) ressalta a importância para o adolescente de que o lar original se mantenha, sem se perder, para que ele possa rebelar-se contra o mesmo e utilizá-lo quando necessitar. Essa constância parental é essencial para que o adolescente possa exercer sua imaturidade. Para ele, a luta com os pais é fundamental para a aquisição da maturidade. Aos pais cabe manter-se intactos, sem abrir mão de seus princípios:

A adolescência implica crescimento, e esse crescimento leva tempo. Ainda que ocorra crescimento, a responsabilidade é dever das figuras parentais. Se elas abdicam, os adolescentes são obrigados a um salto para a falsa maturidade, perdendo sua maior riqueza: a liberdade de ter idéias e agir por impulso (p.129).

Quando ao adolescente é delegada responsabilidade muito rapidamente, isso é sentido como abandono. Ele sente que “ganhou o jogo” muito rápido e só lhe resta aguardar ser assassinado, uma vez que galgou o lugar das figuras parentais. Para o autor, só existe uma cura para essa imaturidade: a passagem do tempo e o crescimento para a maturidade que o

tempo pode trazer. É somente com o passar do tempo e com as vivências de suas experiências que o adolescente será capaz de aceitar as responsabilidades pelo mundo e por si. Enquanto isso, devido a sua fragilidade egóica, decorrente desse momento de reformulação da identidade, o adolescente se torna mais vulnerável às cargas projetivas da família e da sociedade, quer dizer, “é um receptáculo propício para encarregar-se dos conflitos dos outros e assumir os aspectos mais doentios do meio em que vive” (KNOBEL, 1992, p.11).

Para os pais, a iminência do assassinato e a insurgência do adolecer nos filhos remetem a aspectos de sua própria adolescência. Enquanto o adolescente tenta descobrir o que o mundo espera dele e quem é ele, no mundo, procura ao mesmo tempo recuperar um pouco do amor que julga perdido. Essa aparente contradição revela nos pais sua incapacidade de compreender o que eles próprios esperam do filho. Essa dificuldade acaba por estabelecer a prevalência dos desejos inconscientes em relação ao adolescente, que, de seu lado, capta esse desejo e pode, na sua busca por descobrir o que é esperado dele, atuá-lo, realizando um ideal que é, na realidade, um desejo reprimido do adulto. Porém, este não foi reprimido à toa. O adulto pode tentar negar sua origem e reprimi-lo ainda mais, através da repressão do adolescente. Nesse caso, tem-se uma leitura mais profunda do que seriam os conflitos de geração tão característicos da adolescência (CALLIGARIS, 2000).

Desse modo, o desenvolvimento dos filhos será caracterizado pela ambivalência e a resistência em aceitar o crescimento. Implica também realizar o luto pelo corpo de seu filho criança e da função paterna e materna da infância, enfrentando o porvir do envelhecimento e da morte. Significa deparar-se e rever conflitos emocionais, especialmente aqueles que se apresentam com uma qualidade emocional onipotente, sendo necessário perceber que a criança antes dependente e afeita às vontades dos pais cresceu, forçando uma separação que acarreta a percepção dos pais de que a vida desse filho não é uma extensão de suas próprias vidas, mas que “o filho é a testemunha mais implacável do realizado e do frustrado” (ABERASTURY, 1992, p.16).

3.5. O desenvolvimento cognitivo

Todo esse processo tem, como foi esclarecido anteriormente, o objetivo de construir uma nova identidade para o adolescente, sendo essa sua principal tarefa nesse momento de vida. Nesse percurso, observa-se também o desenvolvimento cognitivo, marcado principalmente pela evolução da inteligência do tipo lógico-concreto para a inteligência

formal, caracterizada pelo pensamento hipotético-dedutivo. Esse salto qualitativo dá ao adolescente a capacidade de raciocinar baseado em hipóteses, estabelecendo relações combinatórias independentes da possibilidade perceptiva sensorial, assim como estabelece as bases para o pensamento dialético. Isso faz com que o adolescente se apresente como questionador, empregando o pensamento para elaborar hipóteses e testá-las como maneira de desvendar o mundo externo e, principalmente, seu próprio mundo interno. Gosta de assuntos políticos, culturais, ideológicos e é contestador veemente da sociedade (LEVISKY, 1998).

Essa forma de pensamento em muito se aproxima do pensamento característico da vida adulta. Porém, faltam ao adolescente as experiências emocionais e funcionais, manifestas pela subjetividade, a capacidade de sistematização e, por vezes, o senso crítico. Por sua vez, compensa essas deficiências pelo apego excessivo às suas idéias, como forma de autoafirmação. Busca insaciavelmente pelas suas verdades, nas quais prevalece, muitas vezes, a emoção sobre a razão. Essa evolução, entretanto, não é acessível a todos os adolescentes. Levisky (1998, p. 50) destaca que “as perturbações precoces dos primeiros vínculos afetam a formação e o desenvolvimento da vida cognitiva e simbólica. O espaço lúdico, transicional, não se estabelece, ou, se ocorre, é de forma incipiente”. Isso, segundo o autor, seria também associado às condições socioeconômico-culturais, de sorte que essas deficiências concretas podem se refletir na qualidade desses primeiros vínculos, tendo como conseqüência o comprometimento do desenvolvimento emocional e cognitivo, como espécie de violência social.

A inteligência formal é usada igualmente pelo adolescente como possibilidade de defesa contra os impulsos sexuais e agressivos, uma vez que a fragilidade egóica torna a contenção dessa carga pulsional inviável. O ego aciona a racionalização ou a intelectualização²⁵ como defesa frente a esses impulsos sentidos como perigosos, ligando-os a conteúdos ideativos aceitáveis e fáceis de controlar (KNOBEL, 1992). Não obstante, quando esses mecanismos de defesa falham, o adolescente pode agir impulsivamente, não conseguindo empregar sua capacidade de pensar para mediar sua relação entre o mundo interno e o externo, atuando-o (*acting-out*).

Essa impossibilidade de conter impulsos revela ainda que a capacidade simbólica do adolescente se encontra pouco desenvolvida ou regredida a estágios de mente nos quais a descarga motora dos impulsos é sua principal forma de expressão. O *acting-out* é um

²⁵ “Uma das finalidades principais da intelectualização é manter os afetos a distância e neutralizá-los. A racionalização está, a este respeito, numa posição diferente: não implica numa evitação sistemática dos afetos, mas atribui a estes motivações mais plausíveis do que verdadeiras, dando-lhes uma justificação de ordem racional ou ideal [...]” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p.244).

fenômeno muito comum na adolescência, em função da fragilidade do ego e da excessiva emergência dos impulsos e sentimentos sentidos pelo adolescente como perigosos (LEVISKY, 1998).

Também a noção de tempo está alterada, nesse momento de vida. Numa tentativa de conseguir algum controle sobre as mudanças que estão ocorrendo, o adolescente tenta converter a noção de tempo, vinculando-o ao tempo presente e ativo dentro dos critérios do processo primário²⁶ de funcionamento psíquico, em que o tempo é vivido essencialmente em função das demandas internas inconscientes, afastando-se do tempo cronológico (KNOBEL, 1992). Por isso, a adolescente pode considerar imprescindível comprar imediatamente um vestido para uma festa que irá ocorrer daqui a um mês e, ao mesmo tempo, considerar que pode deixar para estudar depois, para uma prova marcada para o dia seguinte.

Nessa etapa, a noção de tempo baseia-se nas características corporais e rítmicas (tempo de dormir, tempo de comer, tempo de estudar etc.). Durante o desenvolvimento do adolescente, ele vai adquirindo uma noção de tempo conceitualizada, que implica a discriminação entre passado, presente e futuro, entre o interno e o externo, à medida que consegue elaborar as perdas do mundo infantil, localizando-as no passado. Consegue igualmente, com essa aquisição, elaborar projetos para o futuro, vivendo bem no presente.

Atualmente, essa situação é mais premente em nossa sociedade, que também está sofrendo alterações em relação ao fator tempo. O fenômeno da globalização, atravessado pela comunicação rápida e fácil, criou um *tempo fast*, no qual o acesso à internet e aos demais meios de comunicação tornou a noção de tempo essencialmente diferente para a geração atual, de sorte que a capacidade para pensar foi prejudicada pela quebra do paradigma impulso-pensamento-ação, que cede lugar para um novo modelo que suprime o pensamento (que exige elaboração), tornando impulso-ação o modelo pós-moderno. Tem-se, pois, adolescentes mais atuadores, com baixa capacidade de tolerar frustrações, dificuldade para postergar a realização dos desejos e busca de descarga imediata dos impulsos (OUTEIRAL, 2001).

Importante observar que todos esses fenômenos vividos pelo adolescente trazem consigo as marcas de um percurso iniciado na tenra infância. Suas construções emocionais

²⁶ Processo onde, do ponto de vista econômico-dinâmico, “a energia psíquica escoia livremente, passando sem barreiras de uma representação para outra segundo os mecanismos de deslocamento e condensação”. A tendência do indivíduo sobre o predomínio do processo primário é direcionar essa energia livre para representações ligadas às vivências de satisfação constitutivas do desejo. Seu contraponto seria o processo secundário, onde a energia não está livre e pode ser investida de maneira estável, podendo o indivíduo adiar a satisfação para utilizar-se do pensamento para realizar uma escolha entre as diferentes possibilidades de satisfação. (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, P. 371)

forjaram a base para o vir a ser adulto. Nesse sentido, convém pensar como será vivida a adolescência, quando, além de todas essas transformações físicas, emocionais e sociais, o adolescente tiver que lidar com o fato de ser portador de uma doença grave e estigmatizante, como a Aids. O capítulo que se segue trata da análise de três casos de adolescentes que nasceram ou foram infectados, na infância, pelo vírus HIV e hoje convivem com a doença e com todas as experiências do adolescer.

4. ESTUDO DE CASO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA E DAS ENTREVISTAS

O presente capítulo se divide em dois momentos: o primeiro é uma breve apresentação da história de vida dos adolescentes²⁷ participantes deste estudo. Retrata aspectos das experiências que vivi, nos atendimentos nestes sete anos. O segundo é um esboço das entrevistas realizadas com os adolescentes e com a pessoa responsável por seus cuidados. A análise é concomitante à apresentação, visando a compreender o conteúdo à luz de algumas teorias psicanalíticas.

As histórias de vida e as entrevistas facilitam a exposição de minhas hipóteses sobre a dinâmica psíquica desses adolescentes e a dimensão da Aids, que tornam suas vidas tão singulares. Vale destacar o papel da família nesse processo, seja no modo de lidar com a doença, seja na concepção que os adultos têm da adolescência.

²⁷ Em decorrência dos cuidados éticos essenciais à pesquisa com seres humanos, os nomes dos adolescentes, seus familiares e amigos, que aparecem ao longo deste estudo, são fictícios, assim como quaisquer outros dados que pudessem identificá-los foram sutilmente modificados.

4.1. LUCAS

4.1.1. Quem é Lucas

Iniciei meu trabalho no Ambulatório de Aids Pediátrica em 2000. Conheci Lucas, na época com cinco anos, franzino, extrovertido e falante. O primeiro contato se deu na sala de espera, quando ele se aproximou de mim, perguntando quem eu era e o que fazia lá, pois nunca havia me visto. Disse-lhe meu nome e que era psicóloga, o que pareceu satisfazê-lo. No mesmo dia, trouxe sua mãe/tia pela mão para conversarmos. Ali comecei a conhecer um pouco de sua história, que acompanhei nestes sete anos, seja em psicoterapia²⁸, seja nas consultas mensais.

4.1.1.1. A história de vida e da doença

Os pais de Lucas moravam em uma cidade do interior e estavam juntos há pouco tempo, quando a mãe engravidou. Após dois anos do nascimento de Lucas, ela adoeceu. Inicialmente, acreditava-se que estava com pneumonia e, após três meses do diagnóstico, ela faleceu. Nesse período, Joana, irmã do pai de Lucas, que morava em outra cidade e não podia ter filhos, pediu para ficar com ele, pois “havia se apaixonado pelo menino” (palavras da mãe de Lucas). Inicialmente, o pai de Lucas não concordou, porém, após quatro dias da morte de sua companheira, ligou para Joana, dizendo que, se ela não viesse buscá-lo, ele o entregaria à FEBEM. Sua história começa, pois, marcada por sucessivas perdas: a primeira, a de sua mãe; em seguida, a de seu pai, que não conseguiu assumir seus cuidados. Assim, Lucas perdeu também seu lar e suas referências, sendo levado para outra família.

Joana levou Lucas para sua casa e começou a cuidar dele. Ele, porém não era um menino saudável. Apresentava diarreia, vômito e febre sem causa aparente. Vivia internado em hospitais, sem melhora de seu quadro clínico. Quando Joana o trouxe para o HU, ele estava com três anos e com um histórico de inúmeras internações. Foi então que se descobriu o diagnóstico de Lucas. Nessa época, seu pai também falecera. O diagnóstico de Aids foi uma

²⁸ Lucas esteve em psicoterapia em dois momentos: aos cinco anos e aos oito anos, ambos interrompidos pela impossibilidade da mãe em trazê-lo para as sessões. Mesmo assim, continuei a acompanhá-lo durante os retornos ao ambulatório.

surpresa para Joana, que só sabia que a doença “era coisa de gente pra trás, que não prestava” (sic). A associação de que seu irmão e sua cunhada haviam na verdade contraído a doença e morrido em decorrência dela foi imediata. O filho tão desejado, pelo qual Joana havia se apaixonado, era uma criança doente de Aids. O sentimento de frustração e revolta marcou esse momento, pois ela acreditava que uma doença como a Aids não afetava pessoas “corretas” e muito menos crianças.

4.1.1.2. As reações familiares ao diagnóstico

A partir desse momento, segundo os relatos passados pela equipe médica, Joana passou a trazer Lucas ao pronto socorro com muita frequência, descrevendo episódios de diarreia, vômitos, febres e outros sintomas que não condiziam com os exames e o quadro geral de Lucas. Em nosso primeiro contato, ela me contou das dificuldades em criá-lo. Relatou minuciosamente seus sintomas físicos, seus remédios e exames, o tempo gasto e o desgaste que sente com essa rotina. Também demonstrou preocupação em relação ao desconhecimento de Lucas sobre sua doença. A sensação contratransferencial foi de peso. A conversa foi cansativa e pesada, exatamente como Joana sentia a sua vida, após ter adotado Lucas. Ir ao pronto socorro equivalia a um pedido de ajuda, na esperança de dividir essa experiência com alguém. Sua frustração referia-se ao fato de ter esperado muito por um filho, se apaixonara por Lucas e agora se deparava com um filho com uma doença grave, como a Aids. Será que ela conseguiria realmente se conservar apaixonada por esse menino que estava tão longe do que ela havia idealizado?

Podemos pensar que havia uma tentativa de Joana em negar a perda desse filho idealizado, recorrendo ao hospital e aos médicos, como forma de reencontrar o filho perdido, não aceitando o filho real e sua doença. Freud (1988[1917])) salienta que a perda do objeto passa pela necessidade de realizar o luto por ele. Para que esse processo possa ocorrer, é necessário realizar um trabalho de desidentificação e de retirada do investimento libidinal do objeto perdido. Essa energia livre retornaria temporariamente ao ego, até poder ser investida novamente no mundo externo. Esse processo provoca, no entanto, uma forte oposição, pois não abandonamos de boa vontade uma posição libidinal, mesmo que o objeto tenha se perdido e algum substituto surja, num horizonte de possibilidades. Esse abandono é gradual, prolongando-se, assim, a existência do objeto perdido. Era isso que Joana buscava no

hospital: a recuperação de seu filho saudável, seu objeto perdido. Essa tentativa era feita concretamente, através da busca de uma recuperação física de Lucas.

Durante meus atendimentos com Joana, os quais ocorriam durante as internações, os conteúdos que surgiam era ambivalentes e diziam respeito à raiva causada por ter que se haver com esse filho real e, ao mesmo tempo, ao prazer gerado pelo ganho secundário da doença de Lucas, uma vez que relatava com orgulho o quanto era admirada por sua coragem e dedicação. Essa dupla mensagem era recebida por Lucas, que reagia de maneira ora agressiva, ora mostrando uma intensa necessidade de agradar à mãe, estendida transferencialmente a mim. Dessa forma, o início da convivência entre mãe e filho foi difícil, porque não sabia como lidar com o diagnóstico de Lucas e não tinha como fugir da situação de tê-lo adotado.

As sucessivas perdas e a piora na saúde de Lucas a fizeram acreditar que ele não sobreviveria. Sua recuperação a surpreendeu, ao mesmo tempo em que seus pensamentos sobre a possibilidade de morte iminente a assustaram, visto que poderiam corresponder a um desejo inconsciente de se ver livre da situação, pela morte de Lucas.

O acompanhamento ambulatorial e o uso das medicações antiretrovirais proporcionaram uma melhora no quadro clínico da criança, de sorte que Joana passou a conviver com outras pessoas que possuíam o mesmo diagnóstico, inclusive fora do ambulatório, em ONGs que atuam na questão da Aids. Segundo ela, isso mudou a visão que tinha sobre pessoas soropositivas. Apesar desse contato, ainda não consegue conciliar a idéia de que pessoas boas, como a cunhada e o irmão, pudessem contrair o vírus, muito menos transmiti-lo a uma criança.

Essa forma dissociada de Joana lidar com a Aids é marcante em muitos outros pontos de sua relação com Lucas e refere-se a uma tentativa de integrar o inevitável à sua realidade psíquica. Porém, esta não é realizada de maneira completa, apenas parcial. Nesse caso, a dissociação surge como defesa, quando o *self* se sente atacado (WINNICOTT, 2000). O ataque, nessa situação, relaciona-se à frustração de ter uma criança doente. É sabido que um filho representa para seus pais uma extensão narcísica de si e de seus desejos, tornando-se alvo da projeção de tudo o que poderiam ter sido os pais e, assim, é investido narcisicamente (FREUD, 1988[1914]). Ao adotar Lucas e deparar-se com seu diagnóstico, esse objeto idealizado se perdeu, dando lugar ao filho real que carrega consigo a marca da Aids.

Joana consegue perceber a necessidade de Lucas em saber mais sobre seu diagnóstico, mas não consegue efetivamente atendê-lo, apesar de acreditar que sim. A verdade era sempre camuflada por doenças de menor gravidade ou simplesmente negada. A incongruência familiar remetia sempre a uma não equivalência entre o que era dito e o que era vivido,

marcando a experiência emocional de Lucas em relação a sua doença e as implicações intrínsecas a ela. É como se Joana olhasse-o através de um vidro. Percebe o que se passa com ele, mas não consegue se aproximar. Essa forma dissociada de lidar com a doença, pela qual racionalmente é capaz de apreender o que deveria ser feito e pensado (e, assim, falado), mas emocionalmente não consegue aproximar-se dessa realidade, é tão central que permeia toda a relação mãe e filho.

Isso nos leva a interrogar se essa relação teria se configurado de modo diferente, caso ele não fosse portador de uma doença tão terrível. Porém, não há como ignorar o quanto esse diagnóstico se interpôs entre mãe e filho, criando uma barreira entre eles. Esta, de seu lado, pode indicar não só uma dificuldade em aceitar o filho real e a realidade da convivência com uma doença grave, como a Aids, mas também uma possível defesa contra a possibilidade de perda de Lucas, à medida que a doença se associa intensamente à idéia de morte. Investir libidinalmente em um novo objeto de amor, sem ressalvas, parece ativar angústias relativas à perda.

4.1.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Lucas

Por solicitação de Joana, iniciei o atendimento psicoterápico de Lucas. A primeira sessão foi impactante. Ele entrou na sala de atendimento sem inibições, explorou os brinquedos, narrando o que encontrava. Em um determinado momento, perguntou-me: “Você sabia que eu vou morrer?” Limitei-me a devolver a pergunta, a que ele respondeu sem hesitar: “É! Vou morrer de sinusite”. Mostrou que identificava a gravidade da doença que portava, mas não a sabia nomear. A despeito dos esforços de seus pais adotivos em manter seu diagnóstico em segredo, as suas implicações já eram percebidas por ele. Faltava-lhe o nome!

Nos atendimentos que se seguiram, Lucas deixava evidentes suas principais ansiedades. Em uma sessão, pediu para que eu lhe desse um beijo na boca. Queria que fosse como acontecia nas novelas. Em outra situação, disse querer ficar comigo sempre, para que eu cuidasse dele. Compreendia decorrências da doença, no contato social, e enfrentava o medo de ser rejeitado, testando minha capacidade de acolher e a possibilidade de permanecer perto de alguém sem causar repulsa. A necessidade de proximidade física pode representar a tentativa de restabelecer uma ligação mais primitiva e confortável, através do contato corporal

e, com isso, sentir-se amado e seguro. Vale resgatar a função curativa da regressão²⁹, que permite reformular experiências precoces de dependência. No processo analítico, o paciente progressivamente sente confiança na capacidade do terapeuta em cuidar do bebê imaginário que ele foi e que surge na sessão (WINNICOTT, 1990). Transferencialmente, retoma aspectos primitivos que não foram satisfatoriamente atendidos, nas etapas iniciais de vida, projetando na figura do terapeuta um objeto primário de satisfação, que poderia atender às suas necessidades.

Desse modo, Lucas buscava a satisfação de necessidades não preenchidas, devido à morte de sua mãe, e que também não encontraram satisfação na mãe adotiva. O lugar transferencial permitido a mim, nessas condições, com vistas a atender a tais necessidades, não pode limitar-se à questão da Aids. Contudo, a doença, os remédios e os exames estão sempre presentes, de modo concreto, mesmo que Lucas não tenha sido devidamente informado sobre a extensão de seu problema. Em contexto de agravamento de sintomas clínicos, o registro corporal e o correspondente psíquico da experiência operam, fragilizando um ego com dificuldades para se fortalecer. O adoecer era percebido como perigoso à sua integridade, gerando insegurança, uma vez que era visível a ansiedade da família, a cada novo sintoma físico que surgia.

Desde o início de meu trabalho, optei por não ocupar o lugar de porta-voz dos pais, na função de informar a doença para a criança, mantendo essa postura em todos os casos por mim atendidos. Os pais não se mostravam prontos para essa revelação e provavelmente não estariam prontos para conversarem sobre o assunto com a criança, após a revelação. Ela continuaria sozinha para lidar com a angústia e o medo, que já eram evidentes, antes de ser informada. Outra justificativa para essa conduta se assenta no cuidado para não ocupar o lugar dos pais reais, de sorte a evitar interferência na relação transferencial, ao mesmo tempo em que representaria uma atuação contratransferencial à ansiedade dos pais.³⁰

Nesse sentido, quando Lucas questionava sua mãe sobre por que teria que tomar esses remédios e por que precisava ir tanto ao médico, esta se restringia a responder que era para que ele não ficasse doente como os pais biológicos, mas nunca explicou o que de fato os teria matado. Essa explicação ocupou por muito tempo as fantasias de Lucas sobre sua condição. Sabia da morte dos pais e ligava claramente a possibilidade de morrer a algo que carregava

²⁹ Regressão é aqui utilizada como um retorno a um estágio inicial do desenvolvimento, em decorrência de uma falha ambiental precoce, como afirma Winnicott (1990).

³⁰ A identificação dessa e de outras demandas levou a equipe do Ambulatório de Aids Pediátrica a criar um grupo de pais. Sua forma de funcionamento foi explicitada na Introdução desta pesquisa.

dentro de si, um legado de seus pais biológicos, com os quais estava identificado. Contou-me isso na primeira sessão, quando perguntou se eu sabia que ele iria morrer.

Estava claro que a comunicação entre Lucas e sua família era confusa. Erikson (1972) escreve sobre a relação que se estabelece entre o paciente e as pessoas que o rodeiam. Segundo o autor, muitas vezes essa comunicação é marcada pela ambivalência, criando mensagens contraditórias que caracterizam o duplo vínculo. O paciente se vê incapaz de julgar corretamente as mensagens que lhe são enviadas em vários níveis e acaba por procurar exaustivamente o sentido oculto nas falas das pessoas ao seu redor. Esse era o dilema de Lucas, que buscava, nas entrelinhas do que era dito pela sua família e pelos médicos, dar sentido ao que percebia sobre o que lhe estava acontecendo.

Esse período de tratamento durou oito meses, sendo interrompido pela mãe, em decorrência de seu trabalho. Nos retornos ambulatoriais, mostrava sempre a necessidade de estar comigo por mais tempo, adiando o momento de separação. No final dos atendimentos, contava alguma história ou propunha um jogo. Eu me limitava a acolher sua angústia, pois sabia que só o veria após um mês. Não era indicado trabalhar conteúdos que não poderiam ser devidamente elaborados ou para os quais ele teria que estar sozinho nessa tarefa. A cada retorno, estava mais resistente e defendia-se maciçamente por meio de fantasias, nas quais criava histórias em que era poderoso e invencível. Tais histórias eram vividas como verdadeiras. Era sua forma de tentar lidar com sua necessidade de dependência, negando-a veementemente. Sua mãe também demonstrava grande dificuldade em interagir com ele, nesses momentos, o que ficava evidente através da sua necessidade de levá-lo ao pronto-socorro.

Quando ele havia recém-completado seis anos, um episódio trouxe à tona uma questão preocupante. Joana me procurou no Ambulatório, para dizer que uma criança vizinha havia contado a Lucas que ele tinha Aids. Segundo ela, o filho entrou em casa chorando, inconsolável. Somente conseguiu se acalmar quando o pai (figura até então bastante omissa, em sua história) garantiu que não havia problema, porque todos tinham Aids – e que Aids era a torneira do banheiro. Fiquei perplexa diante de tamanha dificuldade dos pais em lidar com sua angústia. Igualmente me preocupou o fato evidente de que todos ao seu redor, inclusive vizinhos, pareciam saber de seu diagnóstico. Ofereci novamente a possibilidade de retomarmos a psicoterapia de Lucas, mas os pais não concordaram, por não terem disponibilidade de horários. Mais uma vez, ele estava sozinho!

Lucas nunca fez referência a esse episódio, durante as consultas, porém passou a ter dificuldade em tomar os remédios. Ora os escondia, ora fugia de Joana, no horário da

medicação. Era uma demonstração clara do quanto se sentia revoltado por ser abandonado em sua angústia. Finalmente, quando completou oito anos, a reviravolta aconteceu. Joana me procurou desesperada, contando que ele havia descoberto tudo. Segundo ela, Lucas estava assistindo à televisão, quando foi veiculada uma reportagem sobre a medicação antiretroviral, de modo que ele identificou os remédios mencionados na reportagem como sendo os mesmos que os seus. A associação com a Aids foi imediata. Lucas jogou os remédios na parede, gritou que havia sido enganado, que tinha Aids e iria morrer. Joana entrou em desespero e tentou, em vão, acalmá-lo. Contudo, não conseguiu conversar com ele sobre esse incidente, nem sobre a sua doença. Disse apenas que os médicos, eu e a assistente social iríamos esclarecer melhor o que ele tinha, já que ela não sabia explicar.

Lucas compareceu ao ambulatório bastante introspectivo. A médica conversou com ele sobre o que era a doença, suas implicações e tratamento. Quando ele entrou em minha sala, limitou-se a dizer que sabia o que tinha e se colocou a brincar. Entendi que aquele momento estava sendo de muito sofrimento e que ele parecia querer recuperar um pouco do que fazíamos ali. Na oportunidade, os pais se disponibilizam em trazê-lo para o tratamento psicológico. Percebo a dificuldade que têm em atender às necessidades e como não conseguem trabalhar o sofrimento de Lucas, visto que este provoca a dor de se verem impotentes frente a algo irremediável.

Nas sessões seguintes, Lucas propõe uma brincadeira na qual é o médico e eu a paciente. Faz consultas, colhe exames, receita remédios e me cura. Porém, essa cura é temporária: sempre tenho uma nova doença. Compreendo que procura encontrar uma saída para sua situação. Quer se afastar (coloca-se como médico), tencionando obter um pouco de controle sobre o que vinha acontecendo. Por alguns momentos, revelou o desejo de se ver curado magicamente, porém essa fantasia é logo abandonada, ao verificar que não tem como se livrar (me livrar) da doença. Essa brincadeira se repete por muitas sessões seguidas, sempre com o mesmo tema. Não há espaço para interpretações, pois cada investida minha nesse sentido era ignorada ou rechaçada, através do término precoce da minha “consulta”, adquirindo um caráter de invasão e ele estava evidenciando justamente o quanto se sentia invadido por ser portador dessa doença, da qual não havia como fugir.

Não existiam ainda palavras para representar o que estava acontecendo e essa era a única coisa possível de ser dita. Sua capacidade de pensar a situação encontrava-se fragilizada e só me restava estar com ele, em sua dor, funcionando como um continente ativo, acompanhando seu transitar pelas angústias de ter algo incurável e mortífero e sua necessidade de encontrar uma saída para a situação, sem sobrecarregá-lo com minhas

ansiedades. Restrinjo-me a sobreviver ao lugar transferencial que me oferece: se seria possível sobreviver sendo ele. Nas “consultas de brincadeira”, minhas reações frente ao diagnóstico que me era dado remetiam a uma procura de encontrar um meio termo entre as aflições inerentes a ele e a busca de alternativas para o viver. Mostrava a Lucas minhas dúvidas e angústias, que, na verdade, eu imaginava serem as dele, ante a situação: essa foi a forma encontrada para dar lugar às interpretações. Estávamos juntos nesse caminho e, aos poucos, foi recuperando sua capacidade de pensar esses pensamentos (BION, 2004).

Um dia me traz uma carta dentro de um envelope feito por ele. Havia escrito para seus pais biológicos. Tratava-se de uma carta curta, em que falava da saudade que sentia e que estava bem. Foi um momento de muita emoção, pois, nesse instante, senti que ele recuperara uma parte importante de sua história. Mesmo conhecedor do fato de seus pais biológicos terem morrido, Lucas nunca havia podido entrar em contato com essas lembranças, uma vez que faziam parte de um pedaço de sua vida que não podia ser acessado. Revelava também o medo de seu destino ser o mesmo que o deles. Na tentativa de afastar essa possibilidade, propõe um acordo: ele estava bem.

O conhecimento do diagnóstico e a retomada à consciência da morte de seus pais biológicos permitiram a Lucas uma maior integração entre aspectos de vida e de morte. Os pais até então eram sentidos como objetos persecutórios, os quais remetiam a um destino único: a morte. O segredo familiar acabava por fortalecer essas identificações, visto que o que tinha não podia ser dito ou evidenciado. O silêncio dos pais (os mortos e os vivos) fazia-o sofrer. O “descobrir” o que tinha ajudou-o a aproximar-se desses pais dentro de si, voltando-se agora para seus pais adotivos como possíveis modelos identificatórios.

A partir desse momento, passou a tomar os remédios e, aos poucos, assumiu a responsabilidade por eles. Esse foi um ganho valioso para Lucas, representando uma preocupação para consigo e uma recuperação de sua capacidade de conter dentro de si sua angústia. Após nove meses, os pais de Lucas interromperam novamente os atendimentos, com a mesma justificativa anterior.

Lucas, no momento da entrevista, está com doze anos. Os sinais da puberdade se tornaram evidentes, de maneira que já não é mais aquele menino franzino. Cresceu e começa a apresentar sintomas da lipodistrofia. Seu rosto já não possui a mesma vitalidade e está emagrecido, mas parece não se incomodar com isso. Sua mãe algumas vezes relatou o surgimento de comportamentos que indicavam a ela que ele estava crescendo. Contou que já havia encontrado camisinhas abertas em casa, porém, quando o questionava, ele negava ou dizia ter aberto sem saber o que era. Quando o convido para participar da pesquisa, mostra-se

interessado e disponível. Joana, por sua vez, parece não se opor, mas não demonstra o mesmo entusiasmo. Segue-se um resumo das entrevistas, destacando-se seus pontos mais relevantes.

4.1.2. As entrevistas

4.1.2.1. A entrevista com Joana

A entrada de um filho na **adolescência** provoca nos pais uma reativação de suas próprias vivências sobre esse período (LEVISKY, 1998). Joana, ao falar da adolescência de Lucas, relaciona esse momento com sua própria existência, ressaltando as diferenças entre eles:

Porque a adolescência nossa era uma coisa. Agora o adolescente é outro, né? Na minha adolescência, eu namorei com uns dezessete anos. Já estava completa e meu pai ficou bravo, falava que eu não tinha idade, não tinha juízo pra namorar. Hoje em dia, eu vejo tanto as crianças com HIV, como as crianças normais de treze anos com namorado, principalmente as meninas. Mas eu nunca vi moleque de doze, treze anos falando em casar, mas menina...

Identifica o movimento de Lucas em relação ao crescimento, mas revela dificuldade em aceitar e incentivar seu processo de **separação-indivuação**, ameaçando desampará-lo, caso queira se separar:

Ele já falou pra mim: “Mãe, se eu internar no HU, eu não quero mais me internar na pediatria”. Eu falei: “Como que não, você não pode ficar sozinho e eu não vou ficar no meio de jovem. Se você tem coragem de ficar lá sozinho, você fica”. Aí ele falou: “Então eu vou para as crianças, que eu sou criança, né, mãe?”.

Assim, nas situações em que Lucas testa uma nova possibilidade de inserção no mundo adulto, como, por exemplo, a mudança para a enfermagem adulta, a reação de Joana é desestimular esse movimento, a que Lucas responde com o retorno a uma posição infantil. Está preso ao olhar da mãe, que teme seu crescimento e, portanto, só consegue existir se corresponder ao desejo dela. Apesar disso, Joana percebe a necessidade de ele ter novas

experiências, mas estas acontecem predominantemente através da **identificação** com o pai, imitando comportamentos e buscando aprovação.

Ele quer ser igual ao pai, faz tudo que o pai faz, não desgruda. Se tem que fazer alguma coisa nova ou se vê o pai fazendo, já corre para pedir para o pai deixar fazer igual.

A adolescência é definida por alguns autores como um segundo nascimento, quando a **separação dos pais** representa um movimento em busca da constituição de uma nova identidade, reeditando o processo de separação da infância. Porém, se essa separação inicial foi vivida de forma muito próxima da morte, na adolescência, pode estar presente o medo de tentar novamente (VIORST, 1988). Podemos supor, dada a história da relação mãe-filho, que a resistência de Joana em permitir o crescimento de Lucas encontra apoio no medo dele em reviver suas primeiras experiências de separação, marcadas de fato por intensas perdas. Dessa maneira, podemos pensar que ela também experimentou uma **perda** significativa do filho idealizado e agora se encontra diante de uma nova perda: a do **filho da infância**.

Identifica ainda o surgimento da **sexualidade**, pelo interesse do filho por uma vizinha mais velha. Esse assunto traz à tona a preocupação sobre as possibilidades amorosas de Lucas, com seu temor de que ele venha a se envolver sexualmente com alguém, o que a colocaria num dilema entre contar ou não para a pessoa sobre o diagnóstico dele:

Eu acho que eu vou deixar ele namorar, mas se eu ver que a coisa está indo muito avançada, como eu vou chegar? Será que eu vou contar? Será que ela vai aceitar ou ela vai reagir?

Joana demonstra o desejo de controlar as ações de Lucas, em especial as que dizem respeito à sexualidade. Essa relação de controle reflete uma tentativa dos pais em negar esse crescimento e as mudanças intrínsecas a ele. Importante frisar que essa transformação nos filhos pressupõe uma reformulação também dos pais, o que pode vir a ser fonte de angústia e ansiedade. “Aceitar a proposta de mudança do adolescente é aceitar a incerteza do que virá” (KALINA; GRYNBERG, 1974, p. 31).

Nessa perspectiva, a sexualidade se revela um aspecto difícil de ser integrado como possibilidade real e inevitável. É possível pensar em meninas com atividades sexuais, mas afasta isso de seu filho. O estar pronto para iniciar uma **vida amorosa** e, conseqüentemente, **sexual**, pressupõe uma aceitação de que o filho está crescendo, o que provoca uma reação de impedir o crescimento através da imposição de condições para ele poder ser considerado apto a essas vivências (CALLIGARIS, 2001). Para tanto, reativa a lembrança de retaliação de sua imagem paterna ao seu crescimento, que ignorava o seu “estar completa”. Em acréscimo, descreve sua idéia da existência de “crianças” normais e as que têm **Aids**, prevendo diferenças na vivência do adolecer de Lucas, sublinhando a preocupação em relação às vivências afetivas da adolescência e à possibilidade da **rejeição**:

Ele vai ser adolescente e vai ter que namorar, vai ter que casar, vai ter uma família. Mas, como ele vai ter essa família? Como ele, com a mulher, vai fazer os filhos? Será que a mulher quando souber, vai namorar, vai querer casar com ele por causa do problema dele? Eu acho que não, né? Ele vai ter que arrumar casamento com uma pessoa que tenha HIV, para não aumentar mais ainda (*o número de infectados*).

Por conseguinte, alimenta a fantasia na qual a relação entre pessoas soropositivas faria toda a diferença desaparecer, não havendo o risco de rejeição. Essencialmente seriam “iguais”, por portarem o mesmo vírus. Ao imaginar a sexualidade do filho, ela se identifica com a possível pessoa com quem Lucas poderia se envolver e prevê o que viria a ser o destino dele, uma vez que, por identificação projetiva, crê na não aceitação da condição de soropositivo por parte do outro.

4.1.2.1.1. Considerações

O início da relação com Lucas e com o diagnóstico se revelou conflituosa e fonte de muito sofrimento para Joana. Esse aspecto de não aceitação inicial comprometeu a percepção das necessidades de seu filho, em especial as que tinham alguma vinculação com a Aids. Sente-se impotente para lidar com as implicações da doença e as demandas de Lucas em relação a isso. A entrada dele na adolescência fez com que uma nova preocupação surgisse: a vivência da sexualidade. Esse foi o aspecto mais referido por ela em relação ao crescimento. Suas preocupações com o preconceito e a possível rejeição que Lucas possa sofrer se baseiam

numa realidade factual, que encontra seu correspondente emocional nas projeções de seus próprios medos em face do diferente. Para a própria Joana, haver-se com esse “estrangeiro” (FREUD, 1988[1919]) provocou um levante de mecanismos defensivos, fazendo-a negar por bastante tempo a condição de seu filho. Como não esperar essa mesma reação do mundo?

Há que se considerar que Lucas está no início da adolescência e Joana encontra-se às voltas com as reformulações emocionais e sociais necessárias aos pais nesse processo. Porém, parece haver uma continuidade da dinâmica da relação, que transcende a infância e adentra a adolescência em função da marca da Aids, que se configura como central. Entretanto, pode-se observar que o medo da morte, muito facilmente associado à vivência de indivíduos que convivem com soropositivos (SANTOS, 2001; SONTAG, 1989) não se tornou central nos relatos de Joana, nem nas diversas entrevistas que tivemos, no decorrer desses últimos anos. A segurança proporcionada pelas medicações antiretrovirais garantiram a saúde e o bem-estar de Lucas, abrindo caminho para que outras demandas surgissem. Há mais de uma década ele sobrevive à doença e tem tido um desenvolvimento normal. A morte já não está na posição central de suas rotinas: é a vida que tem ocupado essa posição!

4.1.2.2. A entrevista com Lucas

Lucas está com doze anos e cresceu muito, nesses últimos tempos. Inicia a entrevista falando de seus pais biológicos e de suas **perdas**:

Eu nasci como todo mundo, do meu pai e da minha mãe. Minha mãe não sabia o problema que eu tinha e morreu primeiro. Depois meu pai morreu. Se não fosse minha mãe, que é a Joana, eu já estaria morto [...] Eu não estaria tomando o remédio que estou tomando hoje.

Estabelece uma primeira relação entre seus pais biológicos e ele: somente está vivo por causa da aproximação com a mãe adotiva e, conseqüentemente, do remédio. Continua a fala dividindo sua vida em um antes e um depois: há um tempo em que morava com seus pais biológicos e não havia um ambiente satisfatório, e há o momento atual, em que os pais adotivos são associados à satisfação de suas **necessidades**:

Eu lembro que no tempo lá (*quando vivia com os pais biológicos*), a gente não podia comprar as coisas, porque meu pai era bóia-fria e minha mãe não trabalhava. Hoje não! Meu pai (*adotivo*) trabalha e quase todo mês ele ganha dinheiro. Dá pra comprar uma roupa nova, um tênis novo. Como ele tem carro, quando eu preciso ir pro HU ele me leva e me traz...

Essa divisão remete às suas primeiras **relações objetais**, de modo que o conteúdo afetivo perpassa várias idéias relacionadas com o bem-estar físico e material. Como o ambiente não foi vivido como satisfatório, esses objetos iniciais ficaram representados internamente como frágeis e insuficientes, ao que ele associa sua própria fragilidade. Assim, o Lucas doente liga-se aos pais biológicos, enquanto o saudável identifica-se com os pais adotivos.

Quando eu era mais pequeno, era bem mais magro que sou hoje, era bem fraquinho. Eu caía, me machucava. Agora não, agora está tudo bem, mas naquela época eu lembro que era muito sofrido. Eu ficava com febre e ficava quase dois meses no hospital. Hoje com quinze dias já me sinto melhor. O próprio remédio faz a febre passar. Eu sei que mudou bastante coisa depois que eu fui morar com eles (*pais adotivos*). Eu fico pensando: será que eu teria um lugar de noite pra eu dormir, pra mim fazer tudo o que eu faço hoje? Não teria. Eu estaria lá, embaixo da terra.

Não há como saber qual a qualidade da relação entre Lucas e seus pais biológicos, mas a representação psíquica remete a uma ligação estabelecida internamente entre eles e conteúdos concernentes à **morte**. Por sua vez, entende que sua sobrevivência se deve em grande parte aos cuidados de seus pais adotivos, o que corresponde a uma realidade factual, apesar da dificuldade de continência identificada em Joana. Nesse sentido, estabelece uma **cisão** entre aspectos vividos como maus e persecutórios, os quais ficaram projetados nos pais biológicos, e os aspectos bons e idealizados, projetados em seus pais adotivos, o que conduziu à **identificação** com os pais atuais, afastando-o dos perigos de sua própria morte, associada aos pais biológicos. No entanto, estes permanecem presentes em sua vida, constituído fonte de angústia:

A casa que meu pai morava está do jeitinho que ele deixou quando ele morreu. A cama dele está lá, a coberta... Eu vou lá de vez em quando! O quarto dele é bem escuro e quando eu tenho bastante coragem, eu desço lá e durmo. Tem bastante coisa lá.

Há uma tentativa de resgate de marcas mnêmicas de um período no qual não havia representação ou estas foram reprimidas, uma vez que Lucas relata não ter lembranças específicas sobre seus pais biológicos. Revela a necessidade de integrá-los ao seu *self*, ao ocupar simbolicamente o lugar do pai (deitar-se em sua cama), numa tentativa de diminuir a persecutoriedade ligada a eles. Esse sentimento está vinculado à realidade de possuir em comum com essas figuras uma doença que pode ter como destino a própria morte.

A prevalência da cisão mantém afastada da consciência aspectos que possam ligar diretamente Lucas aos pais doentes. Desse modo, quando questiono sobre como foi infectado, diz não saber ao certo muita coisa sobre a **Aids**, privilegiando uma única via de transmissão:

Sei que é uma doença que se contrai de uma relação sexual, só isso, por enquanto...

Relaciona a **Aids** ao **sexo** como única ligação possível de ser feita, no momento, pois, reconhecer que foi infectado pelos seus pais biológicos remete a um campo identificatório que tenta evitar, a todo custo. Mais adiante, retoma o mesmo assunto, agora associado com o que as pessoas pensariam sobre seus pais biológicos:

Se soubessem (*as pessoas*) iam achar que eles (*seus pais*) não tiveram responsabilidade, que não pensaram que ia pegar. Tudo tem sua vez! Se você andar na linha reta, dá tudo bem. Se você sair da linha, as coisas vão dar errado. É claro que eu nasci com essa doença, vou morrer com ela. Eu não vou pensar que em 2010 vão achar a cura e vai acabar. Não! Eu nasci com ela e vou morrer com ela.

A dissociação aparece como defesa contra a angústia provocada por sua história. O contato parcial faz entender que duas idéias – a de que a Aids só é transmitida pela via sexual e a que relaciona o fato de ele ter nascido com a doença, ou seja, que foi infectado por seus pais – coexistem, mas não se relacionam. Não há evidências de que Lucas culpe os pais por sua doença, mas está evidente o quanto associa a Aids a comportamentos que não

correspondem a um ideal e, mais ainda, à questão sexual. Mais uma vez, os pais biológicos aparecem unidos a aspectos ruins, intoleráveis. Também não permite esperanças quanto a uma cura como defesa à angústia. Na verdade, parece falar dela com se falasse de algo desvinculado de si. A reação contratransferencial é de irrealidade. Sua relação com a doença parece estar protegida pelo uso da **intelectualização**, visto que Lucas sobrepõe seu discurso aos afetos. Esse distanciamento entre suas possíveis vivências afetivas e sua forma de se mostrar ao mundo remete justamente à dor sentida pelo adolescente, ao abdicar de sua condição infantil. A intelectualização surgiria como possibilidade de superar a incapacidade de ação sobre esse sofrimento (ABERASTURY, 1992). Lucas não pode fugir de sua condição e parece ainda não ter recursos para lidar com ela de forma integrada.

A dissociação entre as figuras parentais está a serviço de uma necessidade premente ao adolecer de Lucas: a reformulação de seu **ideal de ego**, através da identificação com as figuras parentais saudáveis. Demonstra estar em busca de uma nova **identidade**, que aparece ligada a preocupações em relação ao seu diagnóstico, que diz conhecer desde os oito anos, e ao seu **corpo**, articulado com a estabilidade ou não de seu quadro clínico:

Nessas últimas consultas, a médica falou que eu tinha colesterol alto. Porque tem o colesterol ruim e o colesterol bom. Pra ter o colesterol bom, você tem que fazer exercício. Até que eu faço exercício, tava em 700. O ruim tem que ser baixo. Então, preciso manejar o fato de comer bastante gordura e fazer exercício. Então, eu corro, eu jogo bola, eu caio, me esborracho, sai sangue. Mas já estou lá! Você nunca me viu desanimado, sem fazer nada. Só quando eu estou doente mesmo.

O corpo está em evidência como objeto colado a uma fragilidade, que necessita de cuidados especiais. A atenção de Lucas parece não estar voltada às novas potencialidades desse corpo, mas, sim, para o quão frágil ele se revela e aos cuidados que exige, precisando estar sempre em movimento, ativo, pois o estar parado conduz ao adoecer. É o perigo que ronda e exige movimento: parar representa a proximidade da doença. Sobre esta, compreende-a como algo inevitável, da qual não pode fugir:

Se a gente não quer entender, entende por bem ou por mal! Não tem como falar: não, eu não vou ter a doença, não quero aquela doença e joga fora. Não tem como! Eu sou assim. Você tem aquilo, o outro tem aquilo. Eu tenho a doença.

Esse discurso de aparente aceitação pode demonstrar o esforço em integrar esse aspecto à sua vida e à sua identidade. Porém, minha reação contratransferencial, em razão do meu conhecimento sobre sua história anterior, faz com que eu perceba que sua fala representa idéias desvinculadas de seus conteúdos afetivos. Nesse sentido, parece utilizar o mesmo recurso da mãe para lidar com a doença: afasta-a dele, o que possibilita trabalhá-la de maneira idealizada.

Sobre o tratamento, o uso das medicações tem função importante em sua vida, relacionando-o a sua melhora física. Porém, nem sempre é fácil integrá-lo à sua rotina:

Tinha um tempo que eu tomava nove comprimidos de manhã, tomava outro que outro médico mandou, outro de colesterol, só que acostumo, porque tenho o vírus! Às vezes eu esqueço, porque não sou perfeito. Às vezes, estou brincando na rua e minha mãe me lembra, porque eu acabo esquecendo.

Quando retorna à sua parte infantil, em que emerge o brincar, Lucas afasta essa realidade de si, marcando a **ambivalência entre o crescer ou manter a condição infantil** e seus privilégios, entre os quais, não ter que se haver diretamente com seu diagnóstico, podendo voltar a um tempo no qual podia “não saber”. Paradoxalmente, há uma busca no sentido de tentar obter algum controle sobre esses aspectos de sua vida, como seu corpo e as medicações, procurando galgar sua condição mais próxima do ser adulto. Esta, por sua vez, refere-se à necessidade de assumir cada vez mais as implicações de seu diagnóstico, como a medicação e os cuidados com alimentação. Entretanto, o conhecimento ocorre de forma parcial. Há aspectos dessa realidade que ainda não podem ser integrados.

Além disso, Lucas considera a questão do **preconceito** e da **discriminação** um impeditivo para contar às outras pessoas sobre seu diagnóstico, limitando-o apenas à sua família e aos profissionais que o atendem:

As pessoas vão me excluir. Se me chamam pra jogar bola, eu não sou diferente, posso correr como os outros, só que não muito, eu conheço os meus limites. Se eu não posso e eu não sei fazer isso, eu vou tentar, mas não sei se dá certo. Eu acho que só pra mim e pros médicos e pra você e pra minha família que eu posso. Com os outros não tem nada a ver. Então, a mágoa fica só pra mim e pra minha família, pra você, pros médicos.

Demonstra o desejo de partilhar um universo exterior à família, identificar-se com um **grupo** de amigos, mas percebe que isso só é possível se for com “iguais”. Sua necessidade corresponde ao fato de que, para a construção de sua **identidade adulta**, necessita descobrir um mundo no qual pode eleger novos objetos identificatórios e, assim, vivenciar seus impulsos e fantasias de maneira segura, do ponto de vista egóico. Essa separação do mundo familiar só pode ocorrer de forma satisfatória se for possível encontrar um novo continente externo (no caso, o grupo de amigos) e a família possibilitar emocionalmente essa excursão para além de seu núcleo. Porém, Lucas não pode efetivamente contar com nenhuma dessas possibilidades. A diferença é sentida como ameaçadora e utiliza-se da **racionalização** para justificar sua “igualdade”, mantendo em segredo seu diagnóstico que o torna “diferente”.

Durante seu relato, alterna momentos em que faz um esforço em lidar com a situação da Aids e, em alguns momentos, tenta afastar essa realidade. Isso se repete também com respeito à sua identidade: ora mostra uma postura que tenta aproximar-se de um aspecto adulto, ora retoma à condição infantil. Em consequência, a **sexualidade** aponta para um futuro distante, visto que confessa não querer namorar nem casar:

Está muito longe ainda. Quero curtir um pouco a vida de solteiro.

A sexualidade e suas manifestações já são perceptíveis em Lucas. Todavia, afasta esse aspecto de sua vida com o qual ainda não está em condições de lidar. Sente-se envergonhado, como relatou Joana, quando esse interesse é revelado. A questão da vergonha remete a algo que foi descoberto e não poderia ser visto. Para Venturi et al. (2006, p. 119), “na vergonha encontra-se um sentimento narcisista engendrado por uma situação social: frente ao outro que testemunha algo que não poderia ser visto, o sujeito entra numa relação consigo próprio. O olhar do outro faz com que seu olhar volte sobre si mesmo”. Esse olhar sobre si revela aspectos que necessitam ser escondidos, mas que estão permeando sua vida e seu *self*, o que impõe uma busca incessante por ser “normal”. É nesse aspecto que se depositam seus desejos sobre o **futuro**:

Eu serei uma pessoa normal, eu posso trabalhar. Sempre sonhei em ser policial ou advogado. Uma dessas opções eu vou conseguir. E também tem outras opções: educação física, arte, várias coisas. Se eu não conseguir nada, eu posso ser outra coisa. Posso ser um médico. Alguma coisa eu vou ser, porque meu pai me criou trabalhando e eu vou ajudar os dois trabalhando.

Nesse momento, parece se aproximar um pouco de seus afetos e desejos. Parece mais real! Nesse momento, percebo que ressurgem o Lucas criança, que deseja ser como o pai e que brinca com o que gostaria de ser quando “crescer”: quando se é criança, pode-se ser tudo!

4.1.2.2.1. Considerações

O discurso de Lucas é bastante articulado. Quer demonstrar uma condição emocional que não corresponde à que possui³¹. Nesse aspecto, lembra bastante o que Winnicott (1990, 2000) referiu sobre o falso *self*. Diz ele que quando o ambiente não é satisfatório, o indivíduo passa a reagir a essa falha ambiental, sentida como intrusiva. Se essa falha persiste em um nível além do aceitável, o núcleo do eu busca proteção e surge uma nova organização defensiva: o *falso self*. A consequência dessa espécie de defesa é a sensação de irrealidade e inutilidade, independente do quão gratificante seja isso, em termos sensoriais. Assim, o falso *self* funciona como uma proteção ao verdadeiro *self*, podendo variar da normalidade (a educação e a polidez, por exemplo) até ao patológico (quando ocupa o lugar do verdadeiro *self*) (WINNICOTT, 1983).

Esse importante mecanismo pode ser empregado na adolescência como defesa contra o desconhecido que emerge dentro de si. O adolescente pode então submeter-se ao que imagina ser esperado dele, para defender seu *self* verdadeiro, ameaçado e fragilizado ante tantas transformações desagregadoras. É essa desconexão entre a pseudo-maturidade presente no discurso de Lucas e o que é percebido por mim, contratransferencialmente, que torna possível pensar o quanto necessita adaptar-se a uma realidade tão intrusiva, que é a de ser portador da Aids.

Assim, o início de sua adolescência intensificou a aproximação com os pais biológicos, uma vez que estes constituem seu primeiro referencial de identificação, sem contar que o fato de terem a mesma doença foi um facilitador desse processo. Contudo, essa

³¹ Afirmando isso, tendo como base minha experiência com ele, no decorrer desses anos, nos quais pude perceber sua fragilidade egóica e suas dificuldades em lidar com o tema da Aids.

lembrança é vivida por Lucas como angustiante, à medida que evocam aspectos de desamparo, fragilidade e morte. Como defesa, seu falso *self* atua no sentido de afastar essa realidade intolerável, irreconhecível, aproximando-o dos pais adotivos, que são vistos como idealizados.

O adolescente, em meio às suas inúmeras indefinições, necessita experimentar-se para se conhecer, e muito se defendem, pois trazem em sua biografia e fantasias seqüelas na formação de seu verdadeiro self. Quando a pessoa não se dá conta de seus sentimentos reais e deforma sua capacidade criativa e espontânea de responder a estímulos, acaba por se expressar por meio de um falso self. (LEVISKY, 1998, p.143).

A busca pela identidade, característica marcante desse período de vida, está para Lucas na necessidade de reafirmação de ser “normal”. As diferenças, tanto para ele quanto para sua mãe, constituem-se numa fonte de angústia. O ideal narcísico repousa na suposta normalidade, afastando qualquer assombro de diferença que possa remeter à realidade de ser portador da Aids. O crescimento, por seu turno, é vivido de forma ambivalente, estando ele situado entre o mundo infantil e o ideal do ser adulto. Abdicar da posição infantil impõe igualmente outro desafio: o de se haver com o diagnóstico de Aids enquanto um adulto. Se, na infância, isso remetia à vivência de impulsos agressivos dirigidos aos remédios e sua resistência em tomá-los (sendo essa sua maneira de expressar o quanto a falta da verdade o afligia), na adolescência, surgem novos impulsos, em especial os sexuais, que são agora passíveis de serem vividos para além das fantasias.

Para Lucas, caminhar rumo ao crescimento implica revelar aos pais que não pertence mais somente ao mundo infantil e, ao mesmo tempo, deparar-se com a decepção e o assombro que isso gera neles. Percebe que a relação com os pais da infância, fonte de segurança somente estará presente se ele se mantiver na posição infantil. Permanece preso ao olhar dessa mãe, marcado pela Aids, dificultando sua separação do ambiente familiar, condição necessária para a busca de novos objetos identificatórios e para a construção de sua identidade adulta.

No entanto, não há como evitar esse processo, nem toda a gama pulsional intrínseca a ele. Numa tentativa de controlar o incontrolável, Lucas usa recursos como a intelectualização, afastando-se da carga afetiva dessa situação. Porta-se em relação aos seus conteúdos como um adulto em miniatura, falando o que é esperado dele. Talvez tenha percebido o quanto seus pais

têm dificuldade em lidar com seu diagnóstico e com suas angústias, principalmente as ligadas a esse tema. Já vivenciou a situação de estar em um ambiente desfavorável e, na busca de preservar o ambiente atual que lhe parece mais adequado às suas necessidades, desenvolve algo semelhante (se não o for propriamente) ao falso *self*, como organização de defesa contra a intrusão e a perda desse ambiente.

4.2. GUSTAVO

4.2.1. Quem é Gustavo

Conheci Gustavo quando ele tinha sete anos, pouco tempo depois de começar o atendimento no Ambulatório. Não o notei de início, mas como optei por conversar com todos os pacientes e familiares que iam às consultas, acabei por chamar sua mãe para uma entrevista. Antes disso, uma funcionária me alertou: “Eles são pacientes diferenciados”. No jargão institucional, isso queria dizer que eram pacientes que possuíam uma condição socioeconômica melhor que a maioria de nossos pacientes. Realmente, a mãe de Gustavo, Renata, é uma mulher muito bonita, bem vestida e se destacava entre os pacientes. Porém, percebi que ela e Gustavo faziam de tudo para se manter distante dos demais. Não ficavam na sala de espera e, quando eram chamados, entravam rapidamente.

Como os pacientes passam a manhã inteira entre consultas e exames, o Ambulatório fornece um lanche no meio desse período. É um momento de integração, no qual os pacientes podem ficar à vontade para conversar, já que, na sala de espera, estão junto com pacientes de outros Ambulatórios. Gustavo e sua mãe não participavam desse momento, apesar de sempre serem convidados. Quando chamo Renata para um primeiro contato, ela se mostra disponível, mas percebo que está desconfortável. Gustavo é mais espontâneo, mas tímido. Assim começou meu vínculo com essa família.

4.2.1.1. A história de vida e da doença

Gustavo nasceu saudável em uma pequena cidade do interior. Seus pais não sabiam que eram portadores do vírus da Aids e, por ocasião da gravidez, optaram por não fazer o exame, apesar de este ter sido proposto pelo médico. Achavam que não adiantava saber seu diagnóstico para HIV, pois “não teriam nada a fazer, caso o teste desse positivo” (fala da mãe de Gustavo). Não sabiam da existência de tratamento para recém-nascidos *HIV exposed*.

Assim, Gustavo não recebeu nenhum cuidado, durante o parto, e foi amamentado até os seis meses. Segundo a mãe, era uma criança muito bonita, saudável e que apresentava um bom desenvolvimento. Aos dois anos, começou a adoecer. Tinha inúmeras infecções de repetição, como otites e dores de garganta. Ficou internado por ocasião de uma varicela que se agravou muito, mas ninguém suspeitava de Aids. Somente aos três anos, quando Gustavo foi internado por causa de uma estomatite grave, foi descoberto seu diagnóstico.

4.2.1.2. As reações familiares ao diagnóstico

A descoberta do diagnóstico de Gustavo foi um choque para os pais, mais do que a descoberta de que também eram portadores do vírus HIV, por compreenderem que poderiam ter evitado que ele fosse infectado, caso tivessem feito o exame, durante o pré-natal. Essa história me foi contada por Renata algum tempo depois de nosso contato inicial. Nessa oportunidade, chorou muito e dizia não saber quem havia passado o vírus para quem (ela ou o marido) e que eles haviam feito um acordo de não ficarem procurando o culpado, mesmo porque seria muito difícil descobrir, tendo optado por contar sobre o diagnóstico somente para os pais de ambos, já que tinham medo da reação das pessoas.

Por ocasião da gravidez de Gustavo, os testes para HIV estavam começando a fazer parte da rotina médica. Pouco se sabia sobre a doença e o AZT era novidade carregada de esperança para os soropositivos da época. Essa atitude de negação não era apenas manifestação individual de Renata e Gilmar, pois o medo de qualquer tipo de contato com a Aids, em seu surgimento, era violentamente rechaçado (KUBLER-ROSS, 1987). Todavia, não há como ignorar o correspondente psíquico individual que encontrou consonância na manifestação social. A descoberta de um diagnóstico como esse ou a mera menção em fazer o teste para HIV expõem aspectos da intimidade individual que até então não haviam sido revelados. A dinâmica familiar impôs à Aids o status de um segredo e como tal, não pode ser falado, mesmo entre as pessoas que se conhecem.

A descoberta da doença de Gustavo trouxe à tona a vida pregressa do casal, e a existência de um culpado não identificado tornou-se um grande fantasma em suas vidas. Por não poder identificá-lo, o “crime” não pôde ser “castigado”. Sobre isso, Santos (2005, p.4) escreve: “Ver-se despojado dos ideais, que constituíam um projeto de vida, como fonte motriz de um movimento vital pode introduzir o sujeito numa paralisia psíquica, ou num sofrimento advindo do desejo de ser punido, realizado com maestria pelo supereu”. A reformulação da

dinâmica familiar pareceu impor um estado de paralisia temporária. Assim, Renata e Gilmar afastaram-se e o silêncio instalou-se entre eles. Segundo ela, o marido tem, ainda hoje, muita dificuldade em falar sobre o assunto.

Renata descobriu que estava grávida logo após essa descoberta, mas acabou perdendo o bebê, no início da gestação. Segundo ela, foi um período muito complicado, porque tinha muito medo de ter outra criança doente e, nesse caso, a perda da gravidez foi um alívio. Estavam sofrendo muito, na época, e, pelo que eu percebia, continuavam sofrendo. O pai de Gustavo nunca compareceu ao Ambulatório, apesar de acompanhar à distância o tratamento do filho. Ele é gerente de uma rede de farmácias e, segundo Renata, receia muito perder o emprego e ser discriminado por causa da doença. Não toca no assunto com ela, que se sente muito sozinha, sem poder compartilhar sua dor.

Por ocasião das primeiras entrevistas, Renata vivia outro momento crítico: estava começando o tratamento com as medicações antiretrovirais. Esse normalmente é um momento delicado para os pacientes em geral, representando um avanço do vírus no organismo e tornando mais difícil negar a realidade de ser portador. Ela estava mais abalada ainda, porque o marido não precisava da medicação (fato que se mantém até hoje) e, na sua fantasia, isso significava que ela havia passado o vírus para ele. Notei que, contrariando seu propósito, não havia parado de procurar culpados.

Nesse sentido, existia o medo de que Gustavo descobrisse seu diagnóstico e a culpasse. Por isso, fazia de tudo para esconder a verdade: mantinha-o distante de outros pacientes; retirava os rótulos da medicação e inventava mentiras, quando Gustavo perguntava sobre os médicos e os remédios. Nesse período, Renata engravidou acidentalmente e ficou bastante preocupada. Gilmar, pai de Gustavo, ficou desesperado, pois tinha medo de nascer outra criança doente. A gravidez transcorreu tranqüilamente e o novo bebê recebeu todos os cuidados necessários, não sendo infectado. Renata mostrava-se ambivalente: feliz pela condição saudável do bebê e triste por ter negado a Gustavo a mesma oportunidade.

Assim se passaram três anos e, por serem de outra cidade, nunca pude aumentar a frequência das consultas com Gustavo. Isso mudou, quando ele estava com dez anos. Nessa ocasião, a mãe compareceu ao Ambulatório, em um dia que não era o da consulta, para falar comigo. Ao entrar na sala, começou a chorar e me contou que ele havia descoberto seu diagnóstico. Segundo ela, foram até um posto para colher exames, quando uma pessoa os convidou a participar de uma pesquisa. Ao entrarem na sala, a pessoa perguntou, na frente de Gustavo, há quanto tempo eles tinham Aids. Nesse momento, ele entrou em desespero e começou a chorar. Renata levou-o para casa e, quando ele se acalmou, ela contou toda a

história. Gustavo ficara triste e chorava com frequência e a mãe me pediu para conversar com ele. Enquanto me contava isso, pensei que finalmente o segredo havia acabado!

Com o início do atendimento psicoterápico de Gustavo, Renata relatou que, por mais difícil que fosse a situação, sentia-se aliviada por ele conhecer seu diagnóstico. Entretanto, preocupava-se com o marido, que estava muito abalado com o ocorrido e não conseguia conversar com o filho. Marquei um horário para ele, porém, sem esperanças de que viesse. Para minha surpresa, Gilmar compareceu à consulta. Percebi o quanto Gustavo é parecido fisicamente com ele. Durante a conversa, expôs que estava preocupado e se culpava pelo fato de o menino ter sido infectado. Confessou que preferia não falar disso com a esposa, já que sentia, que se não falasse, não lembraria e, se não lembrasse, poderia viver como se a Aids não existisse. Nesse momento, começou também a chorar, o que me remeteu ao choro desesperado de Gustavo, ocorrido nas primeiras sessões após a descoberta do diagnóstico. Observei o quanto cada um estava sozinho. Nunca mais o vi... Sei apenas que ainda se recusa a conversar sobre o assunto, trabalha muito, não necessita de medicação e resiste em fazer o acompanhamento médico.

4.2.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Gustavo

O contato com Gustavo foi bastante tranquilo. Era um garoto bonito, inteligente e tímido. Nesses encontros, Gustavo foi-me contando que gostava muito de fazer aula de circo e que queria aprender a fazer acrobacias. Era uma criança extremamente ativa, com muitos amigos e primos, com quem revelava ter uma intensa ligação. Durante as sessões, que ocorriam a cada mês, por ocasião do retorno ao Ambulatório, não se interessava muito pelos brinquedos. Preferia conversar sobre o que havia acontecido durante o período em que não nos víamos. Tinha necessidade de relatar sua rotina, que raramente incluía a presença do pai. Sentia que Gustavo, apesar de sua aparente tranquilidade, notava que havia algum segredo em sua casa, de modo que tais relatos de sua rotina pareciam ser uma tentativa de desvendá-lo. Aludia, por vezes, ao seu incômodo em tomar a medicação e me perguntava se todas as crianças que estavam ali no Ambulatório também tomavam. Gustavo percebia que algo acontecia com ele e que não poderia ser dito, mesmo com todos os cuidados de Renata e Gilmar. Aberastury (1984) argumenta ser essa uma tentativa dos pais em poupar a criança, mas há, igualmente, a tentativa de poupar, inconscientemente, uma parte infantil de si.

Entretanto, essa tentativa não se efetivou satisfatoriamente, uma vez em que há a percepção por parte da criança de que há algo escondido.

Quando Gustavo descobriu seu diagnóstico, principiamos a psicoterapia. Chorou durante as três primeiras sessões. Restringia-me a dizer que sabia o que ele havia descoberto e que estava sofrendo. Seu choro expressava o desespero que sentia com a descoberta. Contratransferencialmente, a sensação de impotência predominava, e a atitude terapêutica indicava a necessidade de não sobrecarregá-lo com minhas angústias. Na quarta sessão, Gustavo estava mais calmo, já não chorava, porém se mostrava muito abatido. Começou a me contar então o que descobrira e que estava com muito medo, não sabia direito o que era Aids, mas entendia que era grave e poderia matar. Disse a ele que compreendia as razões de seu medo e que poderíamos conversar a respeito. Ele ficou mais tranqüilo, à medida que sentia sua dor legitimada.

Gustavo continuou o tratamento por quase cinco meses e, durante esse período, começou a desenvolver sintomas de ansiedade e medo. Temia que ladrões invadissem a casa e passava parte da noite verificando se todas as portas e janelas estavam fechadas, inclusive colocando uma cadeira para bloquear a porta de seu quarto. Precisava se proteger dos ladrões que poderiam matá-lo. Tais comportamentos refletiam o quanto se sentia invadido pela doença e pelo seu medo de morrer. Buscava recursos egóicos para lidar com a persecutoriedade desencadeada pela realidade de ter Aids. Essa vivência interna era atuada concretamente no exterior, numa busca de defesas para se sentir integrado. A descoberta de um diagnóstico que se associa à morte retira do indivíduo a ilusão de imortalidade, reativando o temor de ser aniquilado (SANTOS, 2005).

Nos encontros, não conseguia aproveitar as minhas interpretações, pois as ansiedades eram muito intensas. Combinamos, por isso, que ele poderia me ligar, já que somente nos víamos uma vez por semana e eu percebia que sua necessidade era maior. Isso pareceu ajudá-lo a se sentir seguro, usando-me para sobreviver aos ataques que vivia imaginariamente pela Aids, mesmo que esta estivesse sob controle. Encontrei, na concretude dessa intervenção, um meio de auxiliá-lo, pois parecia ser a única que lhe era acessível, no momento. Essa possibilidade de conter em mim suas angústias e temores, sem devolvê-las em forma de interpretações que ele ainda não tinha possibilidade de integrar, dava a ele a chance de usar-me como um receptáculo de seus temores e, ao mesmo tempo, perceber que eu sobrevivía a eles (GENTILEZZA, 2002). Remete, portanto, ao que Winnicott (1975) relacionou sobre a

função do analista. Do ponto de vista transferencial, o analista sustenta o “por vir”³² do paciente, assumindo o lugar de objeto subjetivo³³ e dando esperança para que ele possa pôr em trânsito determinada questão. A interpretação, por parte do analista, em determinadas situações limitaria esse trânsito, impedindo a compreensão criativa do próprio analisando.

Assim, identificar e atender suas necessidades permitiu que o tratamento prosseguisse com sucesso. Seus sintomas desapareceram, conforme fomos significando seus sentimentos: medo de morrer, solidão, raiva e medo de sua agressividade, como se pudesse destruir as pessoas que amava. Associou isso ao medo que tinha de infectar as pessoas com sua doença. Nesse sentido, percebi que ele, ao projetar suas angústias em mim, me infectava com seus medos: perceber que eu conseguia sobreviver ajudou-o a ter esperanças.

O fato de morarem longe e a melhora aparente de Gustavo serviram de justificativa para a interrupção do tratamento. Porém, continuei a vê-lo no Ambulatório e as ligações prosseguiram, apesar de mais espaçadas. Nesse período, eu e a equipe constatamos uma mudança curiosa no comportamento de Renata e de Gustavo: começaram a se inserir na rotina do Ambulatório. Permaneciam na sala de espera e freqüentavam a sala do lanche, inclusive levando bolachas, bolos e outros agrados para as crianças. Pareciam estar lidando de maneira mais realista com a situação, integrando-a em suas vidas, sem precisar se esconder dela. Não havia mais razões para privar Gustavo da convivência com outras crianças que tinham Aids.

Gustavo principiou a questionar diversas coisas sobre a doença, inclusive o fato de o irmão não precisar dos remédios. Renata explicou-lhe que, quando nasceu, ela não sabia de sua doença e, por isso, não pôde ter os cuidados necessários para evitá-la, o que foi diferente com o irmão. Isso pareceu satisfazê-lo por ora e Gustavo não perguntou mais nada. Há dois anos, tiveram que mudar de cidade por causa de uma promoção de Gilmar. Essa mudança foi sentida por Renata e Gustavo como muito ruim, porque tiveram que deixar família e amigos para trás. Gustavo não saía de casa nem fazia amigos e, segundo Renata, eles ficaram ainda mais sozinhos.

Hoje, Gustavo está com catorze anos. Tornou-se um jovem bonito, com porte atlético. Suas maiores paixões são as acrobacias que aprendeu a fazer na escola e o computador, através do qual pôde resgatar um pouco do contato com os parentes e amigos que ficaram na cidade de origem, uma vez que não se adaptou totalmente à atual cidade, apesar de já possuir

³² Referente à esperança que o paciente tem de que o analista terá condições de transitar com ele por determinadas questões (WINNICOTT, 1975).

³³ Diz respeito ao uso do objeto, no qual este faz parte da realidade externa e com o qual o paciente se relaciona, destruindo-o na fantasia. Essa destruição está sempre acontecendo e remete ao reencontro com o objeto que sobrevive a essa destruição, proporcionando esperança ao paciente (WINNICOTT, 1975).

uma vida social e amorosa. Seu irmão está com seis anos e já começou a perguntar sobre os remédios de Gustavo, fato que o incomoda bastante. Quando os convido a participar da pesquisa, Renata concorda e tem a anuência do marido, que impõe a condição de não ser entrevistado.

4.2.2. As entrevistas

4.2.2.1. A entrevista com Renata

Renata alude à **adolescência** como um período de muitas mudanças, ressaltando que a sua própria adolescência foi muito diferente do que observa em Gustavo, mas acredita na influência do contexto social, que é muito diferente do que era, em sua época. Não obstante, entende ser a **Aids** o grande diferencial. Percebe que Gustavo lida melhor com a doença hoje, mas que ainda se deprime, quando vê alguma reportagem na TV ou escuta alguém comentar sobre a Aids. Mesmo com esse sofrimento, ele se interessa em conhecer mais sobre a doença e sobre o tratamento, sendo este um dos ganhos percebidos por elas com o início da adolescência. Não se revolta mais pelo fato de tomar remédios e passou a se responsabilizar por eles. Algumas vezes protela para tomar ou esquece, mas, de modo geral, sente que ele se adaptou bem a essa rotina:

Ele tem consciência do que se passa com ele.

Nota o **crescimento** do filho como algo bom, o que permite reconhecer suas habilidades e potencialidades, além de significar uma vitória do ponto de vista da doença. Por reconhecer e acreditar na condição de Gustavo, delega a ele uma relativa autonomia quanto a alguns aspectos de sua vida, como a medicação. Com a adolescência, o marido passou a implicar com o filho, principalmente por ser distraído e ter um gosto diferente do seu, no que tange a atividades. Quer que ele seja ativo e saia para brincar, evitando ficar em casa sozinho e triste. Para Renata, essas cobranças deixam Gustavo chateado e revoltado. A impossibilidade dos pais em admitir o processo de separação-indivuação dos filhos torna-se fonte de conflito entre eles e tem como base a necessidade do adolescente em buscar novos

objetos identificatórios e o luto que os pais têm que realizar pelo filho da infância e pelos pais que eles foram (ABERASTURY, 1992; LEVISKY, 1998)

A busca de novas possibilidades de **identificação** em **grupos sociais** além do familiar é compreendida por Renata como ameaçadora, por remeter à eventualidade de exposição do diagnóstico. Gustavo verbalizou várias vezes a vontade que tem de contar sobre a doença para algumas pessoas, especialmente amigos. Renata, nessas ocasiões, pediu para que ele não o fizesse, pois acha que as pessoas não entenderiam.

Expliquei pra ele: a pessoa pode não entender o seu lado, ficar apavorada e não vai poder ajudar em nada. Toda vez que você olhar para essa pessoa, vai achar que ela está com dó de você, que você deve alguma coisa pra pessoa.

Acredita que essa vontade de revelar seu diagnóstico tem relação com autopiedade e com o desejo de que as pessoas sintam pena dele. Na verdade, teme a possível **rejeição** que Gustavo possa sofrer e sua dependência para com o meio social. Esse temor relaciona-se à forma como ela percebe o ambiente, que é projetado em Gustavo. Não há como ignorar o correspondente psíquico de uma realidade externa: o **preconceito** e a **discriminação** são reais, sendo sua relação com o mundo marcada pela persecutoriedade, uma vez que fere diretamente o narcisismo, ou seja, a possibilidade de rejeição remete à quebra de um ideal. Com respeito a isso, o surgimento da **sexualidade** tornou-se fonte de preocupação, porque o risco de rejeição é incrementado pela condição de soropositivo. Há algum tempo, descobriu que Gustavo estava namorando uma menina, mas o relacionamento não foi adiante:

Até outro dia atrás, ele estava com uma namoradinha. Peguei eles nos beijinhos. Agora ele fica muito no orkut. Eu falo pra ele se cuidar, não ficar se expondo, tenho medo por ele. Eu falo sempre: olha Gustavo, cuidado! Se um dia acontecer de ter alguma coisa a mais, tem que usar camisinha.

Renata considera a sexualidade de Gustavo como constitutiva do processo da adolescência, mas fica angustiada com o **futuro**. Gustavo perguntou algumas vezes sobre a possibilidade de ter filhos. Ela se limita a responder que, quando chegar a hora, eles irão procurar uma orientação profissional para saber quais os riscos. Na verdade, prefere não pensar sobre isso agora, mesmo compreendendo a necessidade dele. Porém, quando pensa

nesse futuro, a incerteza e a imposição da finitude humana misturam-se aos desejos. A suposta “**normalidade**” aparece como condição ideal impedida de ser realizada pela condição de ser soropositivo.

Ele fala em fazer faculdade, eu incentivo. Quero muito que ele seja normal, tenha uma vida boa. Eu ainda tenho muita fé que isso um dia vai acabar, que vão achar a cura disso. Se Deus quiser, vou ver ele entrar na faculdade e se formar. Mesmo com o vírus, quero que isso aconteça. Tenho medo de não estar bem até lá...

4.2.2.1.1. Considerações

Renata não nega sua doença, mas, até a descoberta do diagnóstico por Gustavo, parecia estar paralisada, escondida em sua própria dor. Saber-se soropositivo é lidar com a finitude humana, aproximar-se da morte. Isso exige um tempo de elaboração e significação dessa nova realidade, podendo ser a doença, inclusive, fonte de transformações e de uma nova forma de viver (SANTOS, 2006). Entretanto, Renata e Gilmar calaram essa experiência dentro de si, evitando o contato com o sofrimento e as conseqüências da doença. Encontravam-se “paralisados” frente à nova realidade que se impunha (SANTOS, 2005). É com Gustavo que ela sai da clandestinidade, obrigando-os a se haver com a dor e com seus medos. Sua entrada na adolescência trouxe novos confrontos, agora com a sexualidade, a socialização e a necessidade do outro, em suas vidas. Esse processo é percebido por Renata e sua angústia centra-se na possibilidade de rejeição, uma vez que o vírus se interpõe entre eles e sua relação com o mundo. Como defesa, tenta manter essa realidade restrita ao núcleo familiar, apesar de perceber a necessidade de Gustavo em buscar a aceitação fora desse meio e, desse modo, tenta evitar a dependência do ambiente.

O futuro se impõe enquanto possibilidade de vida, não mais restrita à morte. Todavia, a questão da “normalidade” encontra-se na ausência do vírus em suas vidas, seja concretamente, através da cura, seja pelos sonhos que gostaria de ver Gustavo realizando, que representaria uma vitória sobre o vírus. Esse movimento parece ser vivido por Renata, mas não por Gilmar. Ele continua a encontrar no isolamento a única forma possível de convivência com a doença. Sem desconsiderar as possibilidades simbólicas de cada indivíduo e suas particularidades, o fato de Renata ter estado à frente do tratamento de Gustavo desde pequeno

e a convivência, mesmo que à distância, com outras famílias soropositivas, parece ter facilitado esse contato mais elaborado e menos defensivo com a doença.

4.2.2.2. A entrevista com Gustavo

Inicia a entrevista contando sobre uma **perda** que o atormenta: a mudança de cidade. Conta onde nasceu e o quanto lá era feliz, pois tinha amigos, parentes e sempre havia coisas para fazer. A mudança de cidade e o conseqüente afastamento dessas pessoas e de sua rotina o marcaram muito, acompanhando uma piora em sua saúde (seus últimos exames apresentavam um aumento de colesterol e uma queda da imunidade):

Tive a infelicidade de mudar pra essa cidade. Eu era muito apegado aos meus amigos e meus primos. A gente vivia grudado, brincando, saindo... Por estar longe deles, eu tive uma depressãozinha. Não tinha, e nem tenho agora, vontade de fazer amigos novos, porque se daqui a dois ou três anos eu mudar de novo, vou perder eles também e vou ter que começar tudo de novo.

Esse sentimento tem sido constante em sua vida. A descoberta do diagnóstico em muito se aproximou de uma morte para ele. A mudança de cidade também ganhou essa conotação. Perdeu suas referências e, com elas, sua sensação de continuidade³⁴. Essa mudança coincidiu com sua entrada na adolescência e com as perdas implícitas a ela. É de suas **perdas** infantis que Gustavo me fala. Não saber quem vai ser e onde vai estar no futuro remete à eventualidade de novas perdas, com as quais Gustavo não acreditar poder arcar. Para isso, tenta se isolar e evitar investimentos afetivos. Por outro lado, pode-se entender esse isolamento como parte do processo do adolescer quanto à construção da **identidade**, no qual as suas mudanças implícitas provocam o fortalecimento de defesas, com o objetivo de preservar o indivíduo. “A preservação do isolamento pessoal é parte da busca de uma identidade e do estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não acarreta a violação do *self* central” (WINNICOTT, 1983, p.173). Em decorrência, a fragilidade egóica causada por todas as mudanças (de cidade, do quadro clínico e do ser adolescente) acarretam

³⁴ Referente ao conceito de Winnicott (1983) que compreende o desenvolvimento normal, dando sentido de continuidade de existência. Seu oposto é o trauma, que representa uma ruptura desse processo, através da intrusão do ambiente.

a necessidade de resguardar-se, até que possa ser sentido como integrado, isto é, capaz de suportar a realidade.

Ao relacionar a piora na saúde à mudança, Gustavo revela a preocupação com o **corpo**. Teme ficar doente e qualquer sintoma é sentido como ameaça. Confessou ter esse medo desde a descoberta do diagnóstico, que aconteceu por acaso, enquanto sua mãe conversava com um médico.

Foi um impacto muito grande, eu fiquei muito bravo com minha mãe um bom tempo, por ela ter-me escondido. Eu acho que seria melhor... Não sei se teria sido melhor ela me contar. Eu chorei um monte, parecia que o mundo tinha acabado, foi muito difícil.

Não obstante, antes dessa descoberta, percebia que havia algo errado com ele, por causa das constantes consultas e dos remédios que nunca acabavam. Já tinha ouvido falar sobre a **Aids**, mas nunca imaginou que fosse isso. Desejou muito esquecer o que tinha, mas, como não era possível, começou a buscar informações sobre a doença:

Eu procurei, pesquisei no computador e aí piorou, porque eu vi que não tinha cura, que era pra vida toda e que muitas pessoas morrem disso, mas me senti seguro por ter o hospital, o remédio pra tomar e saber que não vai curar, mas dá pra controlar. Então, eu não vou dizer que foi bom, mas aliviou um pouco.

A reação de Gustavo à descoberta de seu diagnóstico evidencia que, apesar de notar que havia algo que se passava com ele e que não lhe era acessível, não imaginava sua gravidade. Deparar-se com a Aids impôs um contato com a sua finitude e, principalmente, com a existência de um segredo não compartilhado. Ao mesmo tempo, manifestou o desejo de não saber, de recuperar a aparente inocência sobre o fato o que não era mais possível. Buscou conhecer sua nova realidade e tenta dar sentido a ela, procurando uma nova forma de se sentir seguro: o tratamento.

Com essa descoberta, a relação de Gustavo com os remédios mudou. Antes, sentia ódio por ter que tomá-los: fugia de sua mãe, fazia birra e brigava. Somente após saber que eles eram para o controle de sua doença, passou a tomá-los sem tantos problemas. Mesmo assim, ainda é complicado integrá-los à sua vida:

Sei que os remédios são pra que não aconteça nada fatal, mas às vezes esqueço, tento lembrar, mas esqueço. Quando é durante a semana fica mais fácil, mas quando é no fim de semana, relaxo e daí esqueço.

Essa relação com o remédio remete a um conflito característico da **adolescência**, que ocorre sobre as bases do princípio da realidade e do princípio do prazer. Tomar o remédio liga-se às suas obrigações e à sua realidade (rotina escolar), conseqüentemente, a uma condição emocional de mais **maturidade**. O relaxar (fim de semana) – e daí esquecer os remédios – evoca um retorno à sua **posição infantil**, que não pode ser totalmente abandonada. Esse movimento reflete a **inconstância temporal** da idade, quando o tempo estará sob a égide desses dois princípios do funcionamento mental (KNOBEL, 1992).

Quando alude à origem de sua doença, acredita que ela veio de sua mãe, devido ao fato de ela sempre ir ao médico e tomar remédios, ao contrário de seu pai. Esse é um aspecto bastante confuso para Gustavo, pois, posteriormente, refere não saber como foi infectado e nem quem lhe passou o vírus. Essa confusão parece refletir a dúvida que os pais tentam abandonar, quanto a quem foi o responsável por trazer a doença para dentro da família. Essa idéia parece retirada da consciência, pois pensar em “culpados” remete ao ódio que essa descoberta poderia gerar.

Outro aspecto dos pais, que se repete na fala de Gustavo, diz respeito ao medo de que esse segredo se revele fora desse **núcleo familiar**. Esse sentimento acaba por invadir igualmente as relações de Gustavo com o mundo, que se torna persecutório:

Tinha aula sobre Aids na escola e eu ficava com medo e como eu já sabia bastante disso eu queria falar, responder. Mas aí eu ficava com medo das pessoas desconfiarem de eu saber muito e eu ficava quieto. Eu ia mal nas provas sobre isso de propósito. Tinha medo deles descobrirem...

Percebe a existência do **preconceito** em relação à doença e teme a **discriminação**, visto que as pessoas não sabem como é viver com essa doença:

Quando as pessoas falam disso, elas tratam com muito preconceito, como se fosse qualquer coisa, não sabem como é viver com isso te atormentando. Não é como uma gripe que você pega um dia e passa. Acho que, se soubessem, me tratariam com dó. Vão olhar pra mim e pensar: “Coitado dele!” e me tratariam diferente. Não dá pra ficar muito junto deles (*dos amigos*).

A questão da **diferença** é muito marcante para Gustavo. A **identificação** com o **grupo social** se dá de forma parcial, pois há um segredo que não pode ser compartilhado. O grupo tem uma função essencial na vida do adolescente, porque é através dele que poderá buscar sua satisfação pulsional longe dos perigos de vivê-lo dentro do núcleo familiar. Permite, dessa forma, a realização de novas identificações e a **separação dos pais**, possibilitando o caminhar para a independência e para a aquisição da **identidade adulta**. Porém, esse processo é dificultado pelo fato de ser soropositivo, o que correspondente à diferença e à rejeição. Nesse sentido, a mudança de cidade e suas conseqüências parecem refletir um sentimento de perda de identidade: na cidade de origem, era mais fácil se identificar, de se sentir igual, enquanto, onde mora, sente-se um “estrangeiro”, sem vínculos, sem iguais. Assim, a necessidade de compartilhar seu segredo e encontrar aceitação no grupo social é premente:

Às vezes ouço um amigo reclamando, de bobeira, de dor de cabeça, de gripe, dizendo que a vida vai acabar por causa disso, me dá vontade de falar: “Se liga, tem gente com tanta coisa pior, que sofre bem mais, com doença pior que você”.

Fala indiretamente de si aos amigos, mas conserva sua angústia dentro de si. Apesar de ter algo tão grave, não pode reclamar, nem buscar apoio fora de sua família. Deseja ser igual, uma vez que, quanto a esse aspecto, não o é. É esse movimento que Gustavo vive internamente e que acaba sendo projetado em seus amigos, pois teme que o que os diferencia pode excluí-lo. Esse movimento em muito se assemelha ao descrito por Winnicott (1990, 2000) e Bion (1994), em relação à constituição do ser. É no olhar do outro que nos transformamos e Gustavo está em busca de sua identidade.

Seu diagnóstico também invade sua **vida amorosa**. Durante seu breve namoro, questionava se sua namorada ficaria com ele, caso soubesse a verdade. A possibilidade de se relacionar com o outro, amorosamente, pressupõe uma intimidade que coloca em xeque seu segredo e impõe o risco da rejeição e do julgamento, alimentando a persecutoriedade frente ao mundo. Diante dessas hipóteses, prefere calar.

Mesmo ela sendo companheira, um dia eu vou embora dessa cidade, vou terminar com ela. Vai que a gente brigue e ela se revolta comigo. Isso (*o diagnóstico*) vai ser uma arma muito forte pra acabar comigo.

Efetivamente, a única realização possível é a da perda. O afastamento do desejo sexual e da vivência amorosa pode se consolidar através da apatia, em que o indivíduo utiliza esse sistema defensivo para evitar que o outro tenha o poder de fazê-lo sofrer (SANTOS, 2005). Desse modo, a vivência de sua **sexualidade** é sentida como um perigo tanto para os outros quanto para si, pois esta somente pode ser vivida plenamente se o segredo for revelado, submetendo-o ao julgamento do outro. O desejo de ter uma relação amorosa e construtiva é atravessado pelo medo de ser portador do sofrimento que pode “infectar” e “destruir” seus objetos de afeto.

Se eu casar, tiver relação, vai passar pra ela, não vai? Eu não quero que meu filho passe por isso, minha esposa passe por isso. Quero muito ter filhos, gosto de criança. Deve ser gostoso ter alguém pra cuidar, mas tenho medo deles sofrerem.

Nesse sentido, a relação com o futuro encontra-se vinculada ao desejo de não ser doente, sendo esse aspecto importante para seu desenvolvimento.

Eu rezo todos os dias pra que Deus ilumine os pesquisadores, pros médicos acharem uma cura pra isso. Se isso fosse possível, eu ia ficar muito feliz. Esse é o futuro que eu quero...

4.2.2.2.1. Considerações

Para Gustavo, sua angústia principal centra-se no isolamento sentido em função da Aids. O desejo de compartilhar seu diagnóstico reflete sua necessidade de pertinência, de se ver como igual e não mais um estrangeiro condenado à clandestinidade. Essa sensação remete ao sentimento característico da adolescência, de estar num período de moratória, no qual a

peessoa se encontra impedida de adentrar o universo adulto (CALLIGARIS, 2001). Esse sentimento tem como agravante a existência de uma doença que traz, em si, a marca da exclusão. Impedido de ser adulto, Gustavo não pode ser como os amigos. A necessidade do grupo enquanto campo identificatório somente pode se realizar de forma parcial, porque a “igualdade” reaseguradora do grupo não pode se efetivar satisfatoriamente. Assim, pode-se supor que, internamente, o todo (Gustavo) acaba sendo tomado pela parte (doença).

Por conseguinte, pode-se compreender a tristeza causada pela mudança de cidade como metáfora para o sofrimento imposto pelas demais perdas: de seu corpo saudável, em razão da doença; de sua condição infantil, associada a um período no qual “não conhecia” seu diagnóstico; de sua identidade, quando se reconhecia como pertencendo a um grupo de “iguais”. Essas inúmeras perdas evocam a necessidade de se realizar lutos. Porém, esse processo implica deparar-se com a realidade da soropositividade e todo o sofrimento ligado a ela. Nessas condições, sua relação com o mundo é marcada pela persecutoriedade, pois teme ser excluído e aniquilado, sendo seu diagnóstico uma “arma” que pode ser usada contra ele. A família constitui-se, portanto, como o único continente possível para resguardar esse segredo.

Conseqüentemente, a vivência de sua sexualidade e seus desejos de construir uma família estão alicerçados no medo de contaminação, por sentir que porta o sofrimento dentro de si e que pode provocar a dor no outro. Apesar da coerência com a realidade, o correspondente psíquico refere-se à fantasia de que sua agressividade e destrutividade encontraram uma via de realização. Por outro lado, a Aids pode servir como aliada no uso de mecanismos defensivos contra a ansiedade gerada pela vivência sexual e a capacidade de procriar, uma vez que, na adolescência, a reedição do conflito edípico está presente e encontra, no novo corpo, uma possibilidade real de realização.

4.3. ALICE

4.3.1. Quem é Alice

A primeira vez que a vi, Alice me chamou a atenção pela beleza e pelo jeito de menina que ganhava contornos de mulher. Tinha, na época, nove anos e já se vestia como uma adolescente. Bastante afetuosa e solícita, conquistava as pessoas a sua volta. Relacionava-se com facilidade com os outros pacientes e demonstrava prazer em cuidar das crianças menores.

4.3.1.1. A história de vida e da doença

Conheci um pouco de sua história através de sua mãe adotiva, Marta. Esta me contou que Alice não tinha com ela nenhum grau de parentesco. Na verdade, a mãe biológica, Edna, era amante do irmão de Marta. Tinha com ele outros dois filhos, que hoje estão com 23 e 24 anos, mas que não foram infectados pelo HIV. Edna, durante esse relacionamento, teve um caso com o filho de seu patrão e engravidou de Alice. Assim que ela nasceu, o irmão de Marta deixou a amante, sob a alegação de que sabia que Alice não era sua filha, ficando com os dois meninos.

Quando ela estava com oito meses, Edna a deixou sob os cuidados de Marta, já que estava doente e precisava fazer alguns exames, não podendo mais cuidar de Alice. Toda a família ficou apreensiva com a situação, pois tinham medo de se apegar ao bebê e depois ficarem sem ele. Mesmo assim, Marta, que era casada e tinha duas filhas adolescentes, concordou em cuidar da menina. Após quatro meses, Edna voltou e levou Alice para outra cidade, onde fez para ela uma festa de aniversário. Antes, porém, contou que havia descoberto que tinha Aids, deixando Marta preocupada por Alice e por seu irmão, que veio a falecer poucos meses depois, em decorrência da doença. Na mesma semana, Edna retornou com a criança, deixando-a novamente com ela. Segundo Marta, Alice ficou muito doente e teve que ser internada por causa de uma catapora, que se agravou. Apesar disso, não queria acreditar

que a criança tivesse a mesma doença da mãe, embora soubesse que havia sido amamentada e que poderia ter contraído a doença através do leite materno.

Edna não voltou a ver a filha. Marta contou que ela se entregou à doença e começou a beber e a fumar compulsivamente. Saía muito à noite, para bares, de maneira que acabava ficando com vários homens. Apenas telefonava esporadicamente, para saber de Alice, mas parecia não se importar em ficar sem a menina. Os médicos que diagnosticaram a doença de Edna solicitaram que ela levasse seus filhos para realizar os exames de sorologia para HIV. Os dois meninos que haviam ficado com o pai não foram infectados.

4.3.1.2. Reações familiares ao diagnóstico

Marta relutou muito em realizar o exame e somente levou Alice para fazê-lo, quando ela estava com dois anos, após Edna falecer. Esse acontecimento a deixou muito assustada: como já havia perdido o irmão, temia perder Alice. A confirmação do diagnóstico abalou toda a família. Seu marido, Valdir, e suas duas filhas ficaram desolados, imaginando que ela poderia morrer a qualquer momento. Marta, por seu lado, viu surgir um novo temor: a de que suas duas filhas pudessem ter-se contaminado, pois, durante o episódio da catapora, ambas faziam curativos e passavam pomada nos ferimentos da menina, sem nenhuma proteção. Muitas vezes, esses ferimentos sangravam e elas tiveram contato direto com o sangue. Esse medo inicial deu lugar à preocupação de que isso não se repetisse, passando a ensinar Alice a proteger os outros, quando ela própria se machucava.

Na família, cuidavam dela com muita apreensão, cercando-a com cuidados freqüentemente exagerados, mas nunca pensaram em deixá-la. Alice não precisou mais ser internada, fato que se mantém até hoje. Sempre atentaram muito para a medicação e seu desenvolvimento foi muito satisfatório. Quando ela estava com dez anos, os problemas começaram. Alice passou a perguntar o que tinha e por que precisava tomar os remédios. Também questionava o fato de a mãe tirar os rótulos das medicações. Os pais adotivos desconversavam, achando muito cedo para revelar-lhe o diagnóstico.

Nessa época, Marta encontrou seus remédios embaixo da cama e, quando a questionou sobre o fato, ele negou, dizendo que eles haviam caído. Alice começou a faltar às aulas escondido. Saía com amigas para passear e mentia muito sobre tudo. A família começou a atentar mais para os horários da medicação e a equipe médica tentava convencê-la a tomar os remédios, sem sucesso. Foi quando a conheci: Marta relatou a história de Alice e o quanto

estava assustada com a sua recusa em relação à medicação, contudo não conseguia conversar sobre o diagnóstico. Contou que o marido havia sido muito duro com a criança, dizendo-lhe que morreria como a mãe, caso continuasse a desobedecê-los. Mesmo assim, nada foi dito sobre o que havia matado Edna, nem que seu pai verdadeiro não era o irmão de Marta. Ao mesmo tempo, Alice convivia com seu pai biológico e a avó paterna verdadeira.

Marta conseguia identificar que os comportamentos de Alice estavam ligados ao fato de não revelarem seu diagnóstico e a história verdadeira de sua mãe. As “meias-verdades” a estavam confundindo. Porém, não conseguia se imaginar conversando sobre isso com ela, porque tinha medo de fazê-la sofrer. Projetava em Alice seu próprio sofrimento. Essa situação permaneceu por um ano, quando finalmente seu marido resolveu contar à menina sua história. Marta sentiu-se aliviada, por ele ter assumido essa responsabilidade, apesar de continuar achando que ainda era muito cedo.

4.3.1.3. Alguns aspectos da psicodinâmica de Alice

Foi essa grande confusão que encontrei, ao conversar com Alice. Em nossos encontros, que eram mensais³⁵, mostrava-se falante e reclamava da falta de liberdade, pois os pais a vigiavam muito. Ao mesmo tempo, dizia não se sentir amada e, ao dizer isso, mostrava-se angustiada e subitamente começava a defender os pais de seus ataques, já que cuidavam dela. Travava uma luta diante da necessidade de abandonar os pais da infância e o ódio provocado pelos pais atuais (ABERASTURY, 1992). Parecia muito confusa em relação ao que esperavam dela, não sabendo o que fazer para controlar seus impulsos, que tanto desagradavam aos pais. Revelava, nesse ponto, a dificuldade de lidar com as transformações da adolescência e com os desejos dos pais, aos quais sentia não corresponder (CALLIGARIS, 2000). Demonstrou igualmente um intenso temor de morrer, mas não fez nenhuma referência sobre a associação feita pelo pai entre ela e sua mãe biológica. Entretanto, estava claro que internamente isso estava registrado como uma ameaça a sua sobrevivência.

Quando o diagnóstico foi revelado, Alice chorou muito, dizendo que não entendia o que havia feito para ser condenada. Na consulta que se seguiu a esse acontecimento, conversou com a médica sobre sua doença e pediu para refazer os testes, com o objetivo de confirmar a sorologia. Insistiu mesmo sob os argumentos de que os testes já haviam sido

³⁵ Alice nunca esteve em atendimento psicoterápico comigo, por morar em uma cidade muito distante. Nossos contatos aconteciam nos retornos ambulatoriais, que eram mensais.

feitos anteriormente. Para ela não importava: precisava ter esses resultados em suas mãos. Era a única forma de acreditar que tinha Aids. Confirmado o diagnóstico, Alice passou a tomar os remédios ainda com alguma dificuldade, todavia já começava a assumi-los como sua responsabilidade. Pediu também um teste de DNA, para saber quem de fato era seu pai, mas, após a confirmação, seu pai biológico afastou-se dela, não querendo contato. A avó, por sua vez, continuou a vê-la, sendo ela quem paga a pensão no lugar do filho, que se recusou a cumprir essa obrigação.

Alice, aos treze anos, começou a namorar, o que afligiu seus pais, porque tinham medo de ela passar a doença para alguém. Chegaram a proibi-la, porém ela acabou fugindo de casa, aos catorze anos, para morar com um rapaz bem mais velho. Os pais acabaram aceitando a situação e se tranqüilizaram, quando ela contou que ele já sabia de seu diagnóstico. A relação acabou depois de seis meses e Alice voltou a morar com os pais. A cada consulta, contava-me sobre um novo amor e o temor que tinha em contar sobre seu diagnóstico. Ficava atenta às minhas reações, enquanto narrava mais uma de suas aventuras amorosas, particularmente as sexuais. Parecia querer saber se eu me assustaria tanto quanto seus pais e ela própria com a sua sexualidade, que estava tão entrelaçada à Aids. Tinha receio de ser abandonada e de ter sua situação exposta para outras pessoas. Esse era o tema central de nossas conversas, nas quais dizia ter muito medo de contaminar outra pessoa e, por isso, usava sempre preservativo, o que não era bem aceito pelos namorados. A cada novo namoro, sofria intensamente com esse dilema. Em meio a tantas paixões fugazes, expressava a necessidade de ter alguém, de sentir-se amada e aceita, apesar, segundo ela, de ser soropositiva.

Alice está com 16 anos. Continua uma garota bonita, sem nenhum sinal físico dos efeitos colaterais do remédio. Suas paixões continuam volúveis e parecem um teste para si própria, cujo valor está associado ao fato de ser aceita pelo outro. Algumas vezes conta seu diagnóstico, mas, na maioria dos casos, sofre por não conseguir confessá-lo. É bastante esclarecida quanto ao uso de preservativo e dos riscos de infectar outra pessoa, continuando este seu principal temor. Estabeleceu um bom vínculo comigo, com quem diz poder conversar sobre tudo, porque a escuto e não me assusto com “as coisas dela” (sic). Demonstra, assim, a necessidade de continência para seus medos e a possibilidade de sobrevivência desse continente frente a eles. Transferencialmente, delegava-me o lugar de um ambiente satisfatório que não a rejeitaria em função de suas “coisas”.

4.3.2. As entrevistas

4.3.2.1. Entrevista com Marta

No imaginário da **Aids**, especialmente no início da epidemia, a idéia de uma localização específica, como lugares ou pessoas, manteve a doença distante, prejudicando a prevenção. Essa era a idéia que Marta tinha a respeito da Aids, antes de adotar Alice:

Achava que essa doença era coisa de cidade grande, de gente que não prestava.

Para Marta, a questão mais marcante do crescimento de Alice foi o início de suas vivências em relação à **sexualidade**. Por ser ela muito bonita e cativante, os namoros começaram cedo, mesmo sem o apoio de Marta e de seu marido, que desaprovavam esse comportamento, pois as outras filhas só começaram a namorar com dezoito anos e Alice tinha apenas catorze anos. Tentaram proibir, já que tinham medo de que ela infectasse alguém.

O meu medo era ela se envolver com as pessoas e passar para elas. Eu sempre orientei para ela tomar cuidado com os machucados, mas nisso (*sexo*) não tinha como eu controlar.

A sexualidade parece ocupar um lugar secundário, visto a preocupação principal referir-se ao vírus e ao risco de infectar alguém. Como foi salientado, por causa das proibições, Alice fugiu de casa, indo morar com um rapaz mais velho. Marta foi buscá-la, quando o relacionamento acabou. Desse momento em diante, ela começou a namorar um rapaz atrás do outro e, a cada relacionamento, mostrava-se inteiramente apaixonada. Marta sentia muito medo por ela e pelas outras pessoas, comovendo-se com seu sofrimento. Porém, temia a **identificação** de Alice com a história de sua mãe biológica.

Ela é encantada! É namoradeira como ninguém. Quando ela começou a namorar, eu achei que era o fim do mundo. Todo mundo se apaixona por ela e os rapazes mais ainda. Ela sofre por causa da doença que tem. Toda vez fica pensando quando vai ter que contar, se contar, o que vai acontecer. Eu sofro por ver ela sofrendo, mas tenho medo dela ficar igual a mãe, saindo com um monte de homem. Também tenho medo de ser responsabilizada, caso ela passe o vírus para alguém “de menor”.

Marta passou a orientar e a cobrar Alice com relação ao uso de preservativos e sempre verifica se ela os tem. Esse foi um momento muito difícil, porque, para ela, o contato e a aceitação da sexualidade de Alice foi imposta pela Aids: acredita que, se ela não tivesse a doença, não precisaria lidar com assuntos como preservativos. Esse pensamento reflete um dos efeitos sociais da Aids, que tirou da clandestinidade questões antes relegadas à margem da sociedade, como sexo e morte (ROTHSTEIN, 1997). Para os pais, a constatação da sexualidade do filho implica o contato com o crescimento, exigindo uma reformulação de valores e sentimentos. Porém, para Marta, esse processo foi implementado pela Aids, que se associou à vivência da sexualidade de Alice, percebida como ameaçadora, à medida que se liga à idéia de transmissão. A saída encontrada foi o diálogo, que, apesar de difícil e permeado por advertências, não consolidou o pacto de silêncio tão comum nessa vivência.

A saída foi a gente conversar. Meu marido explicou para ela que, se acontecesse dela contaminar alguém, principalmente de menor, isso poderia dar até processo contra a gente. A gente explica que tem que usar preservativo, que tem que contar para a pessoa, mas fico com medo da pessoa não aceitar e sair falando por aí.

Assim, o crescimento de Alice foi marcado pelo início da vida sexual, para o qual, apesar das dificuldades, Marta a sente mais preparada do que no começo. Por outro lado, está presente a **ambivalência**, que se torna evidente através do temor de não poder cuidar de Alice, ao mesmo tempo em que reconhece a capacidade dela em cuidar de si e se preocupar com os outros.

Rezo a Deus para eu não faltar, porque não sei o que vai ser da Alice. Acho que ela não vai conseguir ficar bem sozinha, sem que eu esteja perto para cuidar dela. Ela se cuida muito. Até quando faz comida e se machuca ela fica preocupada, com medo de passar para a família. Eu sempre falo para ela que o que a gente não quer pra gente não pode querer para os outros. Ela entende e se preocupa. Dá até pena.

Com relação ao **futuro** de Alice, esse é um tema que a preocupa e comove. Centra-se na questão da soropositividade, explicitando sempre o medo do sofrimento que ela possa ter, por causa da **rejeição**. A **morte social** é a mais temida. Para Marta, só existe uma forma de Alice ser feliz.

Já pedi tanto a Deus para que aparecesse a cura. Esse é meu maior sonho, porque ela é muito preciosa, é muito importante para mim. Meu marido fala que ela não é nada minha, não tem meu sangue, mas eu só não gerei, porque ela é tudo para mim. Acho que, enquanto não tiver a cura, ela vai sempre sofrer.

4.3.2.1.1. Considerações

Para Marta, a idéia inicial sobre Aids era associada a pessoas desregradadas, visão característica do imaginário social da Aids. Nesse sentido, a principal preocupação dela em relação ao adolecer de Alice está ligada à vivência da sexualidade e à sua possível identificação com a mãe biológica, que, segundo ela, levava uma vida condizente com o perfil que acreditava terem as pessoas soropositivas.

Por isso, a sexualidade de Alice é temida, quanto à possibilidade de contaminação do outro e à rejeição que ela possa sofrer. O crescimento de Alice, nesse aspecto, é vivido como perigoso pela família, exigindo de Marta uma série de reformulações sobre sexo, preservativos e relacionamentos. Não era apenas Alice que sofria com o risco de contaminação: Marta sentia-se responsável e impotente, diante dessa realidade. O diálogo, mesmo permeado por advertências, parece ter servido de amparo frente a essa situação, à medida que os temores eram divididos com Alice.

4.3.2.2. A entrevista com Alice

Alice escolhe iniciar a entrevista falando de sua mãe, de quem não se lembra e a respeito de quem apenas sabe de fatos que lhe foram contados por outras pessoas. Relaciona sua morte como uma conseqüência da recusa em se tratar e da vida desregrada que levava,

incompatível com a condição de soropositivo. Parece ter construído uma imagem pejorativa sobre ela e busca um destino diferente para si, evitando a **identificação** com ela:

Minha mãe não sabia que tinha e por isso não teve culpa de eu ter a doença. Eu não sinto raiva dela, porque o defeito dela foi ser biscate, sair com tudo que é homem. Ela também não se cuidou depois que descobriu e por isso morreu logo. Não quero ter o mesmo fim dela, por isso me cuido.

A idéia da **Aids** como conseqüência de uma vida sexual desregrada está presente e associada à contaminação da mãe. Em relação ao pai biológico, revelou uma grande mágoa por ter sido rejeitada:

No primeiro encontro foi legal. Ele me deu presentes, ficou comigo, mas depois não quis mais. Eu fiquei revoltada, porque a atenção que ele dá pros outros filhos dele ele tinha que dar pra mim. Eu sou filha dele. Depois que ele soube da doença que eu tinha e que era meu pai de verdade, ele sumiu de vez.

A **perda** aparece como uma constante, em sua história. Além da morte da mãe e da negação do reconhecimento, por parte do pai, Alice contou que a família de Marta a acolhera, porque ninguém da família de sua mãe quisera ficar com ela, por causa da Aids. Entretanto, encontrou na **família** de Marta um substituto satisfatório para suas necessidades, sentindo-se pertencendo a ela. Porém, a **rejeição** ficou marcada e a descoberta do diagnóstico constituiu-se como uma nova perda.

Quando meu pai contou que eu tinha Aids, achei que o mundo tinha caído na minha cabeça. Eu nem sabia direito o que era isso, só sabia que matava e era coisa de gente que não prestava. Achava que era um bicho de sete cabeças. Ficava perguntando o que eu tinha feito para merecer ser castigada desse jeito. Fui na internet, em livros para saber direito o que era isso. Foi muito ruim.

Apesar de conhecer a doença e suas implicações, continuou apresentando dificuldade para tomar a medicação. Percebia o quanto seus pais se preocupavam com isso e, a cada briga, usava os remédios para afrontá-los. Atualmente, assumiu para si essa responsabilidade, pois

percebe a Aids como um problema seu, demonstrando uma maior capacidade de integração dessa realidade à sua vida. Há uma maior abrangência da consciência sobre si e sobre a doença e suas implicações como fazendo parte de seu ego ideal, indicando que Alice se encontra, nesse aspecto, mais próxima de uma **identidade adulta**, caminhando rumo à independência (VIORST, 1988).

Antes, cada vez que meus pais brigavam comigo eu fazia pirraça pra tomar os remédios. Eles ficavam loucos de tanta preocupação. Hoje eu vejo que, se eu não tomar os remédios, a única prejudicada vou ser eu. Não tem jeito: a doença é minha e eu é que tenho que cuidar dela, gostando ou não.

Entretanto, esse processo não a afasta do medo de rejeição, seu principal temor. Nesse sentido, o **grupo social** é utilizado como defesa contra essa angústia, à medida que a questão da Aids permanece à margem dele. O grupo pode funcionar como uma proteção para o indivíduo que se sente resguardado dos temores de agressão provenientes do mundo externo e interno, em decorrência dos sentimentos persecutórios que, na adolescência, estão muito aguçados (LEVISKY, 1998). Assim, é com os amigos que consegue desprender-se da realidade da doença que ameaça contaminar suas relações.

Meus amigos são tudo para mim. Quando eu estou com eles, esqueço o que eu tenho, parece que nem existe. É com eles que eu desligo.

Entretanto, a Aids constitui uma parte de si que não pode ser compartilhada livremente. Refere sentir-se envergonhada por ter o vírus, mesmo sabendo que não é responsável por tê-lo contraído. É o olhar do outro que marca a **diferença** e no qual encontra seu temor de ser rejeitada.

Tem muito preconceito ainda. Quando eu era menor, qualquer briga, minhas irmãs me jogavam na cara o que eu tinha. Me sentia um lixo. Por isso não dá para ficar contando, porque as pessoas vão te tratar diferente, vão te olhar diferente e eu não quero.

Todavia, é nas **relações amorosas** e na vivência da **sexualidade** que residem suas principais angústias. A aceitação pelo outro define seu valor, sendo a aceitação da Aids um teste de afeto.

Eu gosto do meu namorado, mas ainda não contei para ele. A gente não transou ainda, mas se acontecer antes de eu contar? Tenho medo dele ficar bravo. Ele fala o tempo todo que eu sou especial: ele não sabe a “especialidade” que eu tenho (*a Aids*). Eu vivo nesse jogo: contar ou não contar. Com os outros também era assim. Será que ele vai me aceitar? Vai continuar me amando?

Sua busca por um **objeto amoroso** parece ainda permanecer vinculada aos seus aspectos infantis, pois remete a uma forma de relação que se repete continuamente, na qual a aceitação pelo outro constitui o ganho almejado. Nesse sentido, pode-se pensar que a vivência sexual, na adolescência, ainda está muito vinculada à **questão edípica**, sendo que parte da libido será dirigida para o objeto sexual e a outra parte para o investimento nos objetos idealizados representados pelos **pais da infância**, os quais podem ser projetados no parceiro (LEVISKY, 1998). Dessa maneira, a aceitação parece ligada à procura do reconhecimento da figura paterna que a rejeitou após a descoberta do diagnóstico e da confirmação da paternidade. A busca por um objeto idealizado está presente, projetando o desejo da infância de uma relação de cuidado. A proximidade e o convívio, contudo, impossibilitam a idealização, à medida que não correspondem a um ideal.

Os outros namoros acabaram porque eles não eram como eu pensava. Quando eu casei, nas brigas ele sempre jogava na minha cara o que eu tinha, não cuidava de mim. Emagreci muito e quase fiquei doente. Depois o outro namorado não me dava tanta atenção e acabou indo embora e aí o namoro acabou. Eu quero alguém que eu possa confiar, atencioso, companheiro, que cuide de mim.

Sua vivência sexual é marcada por dois aspectos predominantes: a necessidade de aceitação pelo outro e o temor de infectar alguém.

Eu sou cabeça: sei que preciso usar sempre camisinha, porque não posso pôr a outra pessoa em risco. Tenho muito medo de contaminar alguém. Meu pai fala que pode dar até cadeia se eu passar a doença. Mesmo que ele (*o namorado*) desconfie, porque eu sempre quero usar e eu fique com medo dele descobrir, eu uso.

Com relação ao **futuro**, seu desejo centra-se a possibilidade de encontrar alguém com quem possa construir uma família. Nesse ponto, refere à necessidade de ser normal e à necessidade de ser cuidada.

Meu maior sonho é casar, ter filhos. Quero ter uma vida normal, mesmo tendo Aids. Sei que não posso deixar meus sonhos de lado porque eu sou soropositivo. Eu posso ter filhos, igual uma menina daqui (*do Ambulatório*) que também nasceu com Aids e teve um filho. Quero uma pessoa que eu confie, que me ame e cuide de mim.

4.3.2.2.1. Considerações

Alice encontra na necessidade de aceitação sua principal angústia. As inúmeras perdas e conseqüentes rejeições a lançaram numa busca por ser amada. Assim, a vivência da sexualidade está relacionada a essa busca, em especial, da figura paterna como objeto de amor. Nesse sentido, a Aids foi associada a uma prova afetiva, na qual a aceitação da condição de soropositividade é a balizadora do afeto. Seus investimentos afetivos ainda estão vinculados aos objetos da infância e à necessidade de ser amada e cuidada, revelando a dificuldade de desinvestir esses elementos infantis.

Entretanto, pode-se observar um movimento rumo à maturidade e à identidade adulta, pois procura assumir a doença como algo seu, pelo qual é responsável, integrando-o ao seu *self*. Também consegue buscar elementos que observa em sua experiência, para auxiliá-la nesse processo: a possibilidade de uma gravidez sem Aids se faz presente na amiga, o que lhe possibilita ter esperança em realizar seus sonhos. Assim, apesar das dificuldades atuais, percebe-se uma maior integração e um fortalecimento egóico que remetem ao que Winnicott (1983) referiu sobre a “passagem do tempo” como necessária à conquista da maturidade. Esse processo é, de certa maneira, vivido de forma ambivalente, à medida que ainda está presente a necessidade de um objeto idealizado de cuidado, do qual não conseguiu internamente se emancipar. Por conseguinte, a Aids coloca-se como possibilidade real de rejeição e submissão ao julgamento do outro.

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem por objetivo a discussão da análise dos casos apresentados, buscando identificar pontos convergentes e divergentes entre eles e também com o referencial teórico utilizado. Para tanto, foi dividido em subtópicos considerados representativos dos conteúdos revelados e prementes, na experiência do adolescer. As considerações finais fundamentam-se na reflexão sobre o adolescer com Aids e na possibilidade de este estudo avançar a compreensão do fenômeno, estendendo-se para adolescentes que vivenciam situação semelhante, por meio do valor heurístico da psicanálise.

5.1. O adolescer com Aids e a sociedade

A adolescência é tida atualmente como objeto de desejo e fascínio, tornando-se um valor em si mesma. Adultos buscam a juventude eterna, através do ideal de beleza adolescente, pela imitação da forma de vestir e da transformação do próprio corpo, com o objetivo de retardar (mascarar) o envelhecimento. Enquanto a infância funciona como ideal cultural de felicidade, a adolescência se esboça como possibilidade identificatória do adulto, permitindo a realização narcísica do prazer e da liberdade. Entretanto, o adolescer com Aids em muito se afasta desses ideais, por remeter a valores que a sociedade tenta negar ou reprimir. Adoecimento, fragilidade física, rotina limitante, iminência da morte não condizem com a imagem social da adolescência.

Sobre esse aspecto, as mães de **Lucas** e **Alice** acreditavam que a Aids era uma doença restrita a grupos de risco, visão ainda freqüente na sociedade (BASTOS, 2006; LABAKI, 2006; SANTOS, 2005). A convivência com a doença, através dos filhos, forçou uma reformulação parcial desses valores, pois a associação entre ter Aids e ser criança ou adolescente ainda não é compatível, como no caso da mãe de **Lucas**, ou ainda está ligada a pessoas “desregradadas”, como acredita a mãe de **Alice**. A mãe de **Gustavo** não fez referência a esse tema, talvez em função de ela ser a única mãe portadora da doença, não havendo a possibilidade de projeção da Aids como a doença do “outro”.

O temor frente à eventualidade de rejeição dos filhos corresponde a um fato real, já que o preconceito e a discriminação, apesar de menos evidentes, permanecem arraigados em nossa sociedade. Como forma de evitar esse confronto com o meio social, grande parte das pessoas que vivem ou convivem com a Aids prefere manter o segredo sobre esse fato, temendo a discriminação (VIERO; VALLANDRO, 2006). Porém, há que se considerar que a visão estigmatizada da Aids corresponde também a uma construção subjetiva, e o temor de Joana e Marta à rejeição dos filhos por amigos e possíveis namorados pode refletir uma projeção de seus próprios preconceitos, apenas sendo possível escapar a isso se o relacionamento se der entre “iguais”.

A visão estigmatizada da doença está igualmente presente nos adolescentes, relacionando-se à origem da Aids em suas vidas: para **Lucas**, a Aids está vinculada a um “caminho errado” (sic) que os pais seguiram; **Alice** associa a imagem da mãe a pessoas que levam uma vida sexual com inúmeros parceiros, agregando a esse fato um valor pejorativo (“biscate”); **Gustavo**, entretanto, mostra-se confuso em relação ao conhecimento sobre como foi infectado: ora refere ter contraído a doença da mãe, ora relata desconhecer esse fato, uma vez que esse conhecimento pode provocar raiva em relação aos pais. Suas idéias acerca da doença ligam-se a conhecimentos técnicos, afastando o conteúdo afetivo implícito em sua contaminação.

O fato de perceberem a Aids ligada a aspectos condenáveis ou inacessíveis dificulta a tarefa de terem que conviver com a doença de maneira integrada ao seu meio social, pois não é possível acreditar na aceitação, por parte do outro, de algo que não é possível ser aceito por eles mesmos. Relacionado a isso, os três adolescentes referiram o temor frente ao preconceito e à discriminação, tendo como desejo a possibilidade de ser “igual” aos amigos que não portam a doença ou o temor do julgamento alheio, corroborando os resultados de Tavares (2003).

Um dos aspectos pressupostos na necessidade de igualdade³⁶ refere-se ao desejo de corresponder a um ideal no qual não há espaço para a doença, visto que o avanço tecnológico permitiu à sociedade promover a fantasia de imortalidade e bem-estar, abalados com o advento da Aids (BASTOS, 2006). As falas de **Gustavo** e de sua mãe e a fala da mãe de **Alice** remetem à cura através dos avanços tecnológicos como possibilidade de restabelecer esse ideal perdido. Nesse sentido, além da moratória imposta ao adolescente, que o impede de inserir-se no universo adulto (ERIKSON, apud CALLIGARIS, 2001), a Aids impõe uma nova forma de moratória: a exclusão dos ideais sociais de saúde, beleza e imortalidade.

³⁶ Os demais aspectos referentes a esse tema serão discutidos nos próximos itens desse capítulo.

Assim, a vivência do adolescer com Aids pode levar ao isolamento social, sendo o diagnóstico motivo de vergonha. Esse sentimento é característico de pacientes infectados na vida adulta e está ligado a uma culpabilização de si por ter-se infectado, uma vez que a descoberta do diagnóstico desvela sua intimidade (SANTOS, 2005). Entretanto, **Alice** confessa sentir vergonha de sua condição, mesmo não sendo responsável direta por ela, revelando que a angústia principal se deve à não correspondência aos ideais sociais, sem relação direta com o sentimento de culpa. **Lucas** e **Gustavo**, por sua vez, aludiram à impossibilidade de compartilhar seu diagnóstico fora do meio familiar e do ambulatório

Diante da cena social, é compreensível a predominância de atitudes defensivas frente à revelação do diagnóstico à sociedade. Não há como desconsiderar a existência do preconceito e da discriminação pela doença, nem as associações referentes ao imaginário social construído em torno dela. Nesse sentido, o adolescer com Aids é marcado pelo silêncio sobre o diagnóstico, porquanto as implicações da revelação conduzem à exclusão, em um momento da vida no qual o sentimento de pertinência é vital para a constituição da identidade adulta. É o que se observou em **Lucas**, **Gustavo** e **Alice**. O segredo sobre o diagnóstico, mantido desde a infância, e a ligação da contaminação a comportamentos desviantes dos pais, mencionados por **Lucas** e **Alice**, ajudaram a reforçar a estigmatização do portar a doença.

Eles também observam atentamente as reações sociais com respeito à Aids, através das falas de amigos e parentes, e o que encontraram foi o preconceito e a discriminação predominando nos discursos e na sociedade, em geral, representada pelos meios de comunicação, os quais também contribuíram para a estigmatização da doença, pois, inicialmente, as propagandas de prevenção associavam a Aids a comportamentos de risco e principalmente à morte. Efetivamente, essa espécie de prevenção surtiu poucos resultados no que concerne à mudança de comportamento, porque a Aids continuou a ser a doença do “outro”. O fracasso desse tipo de campanha diz respeito igualmente ao fato de a doença ditar novas regras de comportamento, que envolvem a diminuição do “prazer pelo prazer”, incompatível com os valores arraigados na sociedade atual, que prima pelo prazer como forma de consumo (ROTHSTEIN, 1997).

Atualmente, a idéia de que a não revelação do diagnóstico à sociedade, por parte dos portadores, reforçaria o preconceito e a discriminação é considerada uma forma de enfrentamento social (SABER VIVER JOVEM, 2004). Entretanto, foi possível perceber, através das falas dos adolescentes sobre seus temores e a necessidade de esconder seu diagnóstico, o quanto a fragilidade inerente à adolescência torna essa tarefa praticamente impossível, o que leva à reflexão de que a transformação do imaginário social da Aids não

pode ser delegada exclusivamente aos portadores da doença, tendo em vista que isso estaria apenas reproduzindo a fantasia coletiva da Aids enquanto doença do “outro”.

5.2. O Eu entrelaçado à Aids

A busca de uma identidade se faz por um processo contínuo, marcado por momentos críticos do desenvolvimento humano, possuindo, portanto, um caráter dinâmico. Durante o processo evolutivo, ocorrem inúmeras progressões e regressões, uma vez que nenhuma etapa do desenvolvimento é inteiramente superada (WINNICOTT, 1983). Portanto, a crise da identidade na adolescência constitui-se, de modo geral, num embate entre duas forças contrárias: uma que impulsiona o adolescente rumo à vida adulta e outra que impele ao retorno à condição infantil, na tentativa de manter os privilégios dessa etapa (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Nos adolescentes desta pesquisa, o crescimento é atravessado pelo vírus da Aids, à medida que impõe novas responsabilidades e a necessidade de lidar de uma forma mais direta com a doença. Enquanto, na infância, esses cuidados eram delegados concreta e simbolicamente aos pais, inclusive pela inacessibilidade ao diagnóstico (o não contar à criança), na adolescência, surge o imperativo de se assumir a doença. A ambivalência frente ao crescimento encontra, no uso das medicações, por exemplo, uma maneira de se manifestar, porque assumir a responsabilidade por elas refere-se a uma condição mais próxima da vida adulta. Tanto **Lucas**, quanto **Gustavo**, apesar de terem assumido essa responsabilidade para si, demonstram resistência em integrar a medicação em suas vidas, associando essa dificuldade a momentos nos quais predominavam seus aspectos infantis, ou seja, quando estão brincando ou durante o final de semana esquecem com frequência dos remédios. **Alice**, de seu lado, no início da adolescência encontrou nos remédios uma maneira de atacar seus pais, negando-se ou fingindo tomá-los. Atualmente, demonstra ter assumido essa responsabilidade para si, apesar de ainda estar vinculada a uma necessidade infantil de cuidados (encontrar alguém que cuide dela).

A construção da identidade teve seu princípio na infância, que, no caso dos adolescentes desta pesquisa, foi marcada pela Aids. Agora, na adolescência, se deparam com a construção da identidade adulta, tarefa a ser cumprida dentro desse período e que terá, novamente, a doença presente. A história anteriormente construída das primeiras relações será

outra vez ativada e reorganizada, nessa etapa do desenvolvimento, trazendo inclusive mecanismos primitivos da infância (LEVISKY, 1998). Em consequência, a experiência do viver com Aids é permeada por perdas significativas decorrentes da doença, em que muitas crianças têm seu diagnóstico descoberto através da morte dos genitores, como no caso de **Lucas** e **Alice**, ou de seu próprio adoecimento, como aconteceu com **Gustavo**.

A infância desses adolescentes foi permeada pela doença e pela forma como os pais lidavam com o diagnóstico, que, como vimos nos casos apresentados, foi caracterizada pela ambivalência, não aceitação e culpa. Esses sentimentos acabaram por dificultar a revelação do diagnóstico às crianças, as quais percebiam a existência de algo que não podia ser revelado. A não legitimação dessas percepções dificultava o processo de elaboração e de enfrentamento dessa realidade por elas, favorecendo o aparecimento de fantasias e sentimentos de inadequação. Assim, esses aspectos que não puderam ser elaborados satisfatoriamente, na infância, ressurgem no adolescer atrelados à tarefa de construção da identidade adulta, intensificando sentimentos de inadequação (característicos do processo do adolescer) e ferindo a auto-estima, como veremos adiante.

Dessa forma, a morte concreta dos objetos primários de amor e a perda simbólica do lugar de filho idealizado configuraram-se, na vivência do adolescer, como marcas que fragilizam a construção da identidade, uma vez que esta terá como base a busca de novos objetos identificatórios, o que implica uma separação dos pais concretos e das imagens paternas internalizadas, reativando as primeiras experiências de separação, ocorridas na infância. Para **Lucas**, o temor da separação liga-se a sua história com os pais biológicos, remetendo a ansiedades próprias da fragilidade e do desamparo. **Alice** tenta reencontrar um objeto de amor que possibilite o resgate de uma espécie de satisfação infantil e uma defesa à rejeição vivenciada na infância. **Gustavo**, por sua vez, sente a separação como algo devastador (representada pela mudança de cidade), que retira suas referências e o desejo de investir em novos objetos, tendo no diagnóstico um elemento que o mantém preso ao núcleo familiar. Portanto, separar-se dos pais idealizados rumo a novos objetos identificatórios torna-se ameaçador, próximo à vivência de morte e de rejeição (VIORST, 1988).

Todavia, a separação do ambiente familiar é essencial, porque o adolescente deseja descobrir quem ele é, empenhado numa luta contra a dependência das figuras parentais. Esses primeiros modelos identificatórios são atacados, mas não deixam de existir: são transformados, novos modelos são incorporados, porém a matriz inicial permanece (LEVISKY, 1998). Tal busca, a princípio, possui um caráter narcísico, força motriz das vivências do adolescer, constituindo-se na reformulação do ego ideal (predominantemente

narcísico, referente a uma idealização de si e do mundo) para o ideal de ego (menos narcísico e mais próximo da realidade externa), sendo marcada pela tentativa de retomar o estado fusional característico das primeiras relações. **Lucas** mantém a predominância de ego ideal, à medida que se porta de maneira idealizada, com respeito ao lidar com a doença. **Gustavo** trava uma luta entre o que gostaria de ser (não ter a doença) e o que pode ser (investir em novas relações, independentemente do vírus), enquanto **Alice** demonstra uma aproximação com o ideal de ego, conseguindo elaborar planos para si, integrados à realidade de portar o vírus (casar e ter filhos). Entretanto, ver-se portador de uma doença como a Aids pressupõe a existência de uma parte de si que não pode ser revelada ao outro, sendo a marca da diferença que estigmatiza e fere a auto-estima, reativando conteúdos não elaborados da infância, concernentes à doença que não pode, novamente, ser legitimada.

É de fundamental importância para o adolescente a preservação da auto-estima elevada. Pela fragilidade egóica, ele torna-se suscetível a situações que abalam esse sentimento. É função da atividade narcísica regular o sentimento de auto-estima e manter a coesão e a estabilidade da representação do self (o fundamento estrutural sobre o qual repousa a auto-estima). (LEVISKY, 1998, p.123).

No processo do adolecer, a Aids configura-se como uma ameaça à segurança de ser, provocando o surgimento de mecanismos defensivos característicos dessa etapa, como meio de lidar com a doença: **Lucas** precisou mantê-la relegada para longe da consciência, enquanto conteúdo afetivo através da dissociação, pois a Aids se vincula às perdas intoleráveis de sua infância; **Alice**, por identificação projetiva, busca retomar um estado fusional, através da aceitação de si e de sua condição, por seus objetos amorosos; e **Gustavo**, também por identificação projetiva, tem sua relação com o mundo marcada pela persecutoriedade, considerando que o diagnóstico é sentido como limitante de seus investimentos afetivos e o segredo sobre ele é a condição para as relações fora do âmbito familiar.

Um ponto premente nas entrevistas e nas histórias de vida diz respeito à fantasia narcísica de “igualdade”. Há que se considerar que, no adolecer, a desidentificação com a família, em especial com os pais, é fundamental para dar lugar a novos objetos identificatórios, e o ser “igual” a estes é uma necessidade para o adolescente que se encontra fragilizado, devido às inúmeras transformações. No decorrer do processo, essa ilusão é aos poucos desfeita, à medida que o *self* se fortalece, aproximando-se da identidade adulta.

Assim, o “ser igual” torna-se valor de referência que aplaca a angústia frente ao temor da diferença, que, no caso da Aids, une-se à desvalorização de si pelo outro. **Lucas** busca as semelhanças (o que pode fazer “como” os outros), evidenciando a necessidade de reafirmação do igual que, nesse caso, está ligado às suas potencialidades. **Gustavo** e **Alice**, por sua vez, encontram no olhar do outro a marca da diferença e da rejeição, tendo como única possibilidade o segredo reassgurador. A Aids surge como representante do “estrangeiro”, sendo o portador da doença marcado como o diferente, carregando consigo a finitude não negada, exposta violentamente ao julgamento do outro. No imaginário social, assim como no individual, a doença porta-se como sentença não somente da morte física, mas, principalmente, da morte social, ferida narcísica sem possibilidade de cura (CEDARO, 2005). Dessa forma, a Aids inscreve-se como limitadora da realização do ideal narcísico, num momento no qual esse processo, mesmo que ilusório, é fundamental para a construção da identidade.

Na busca pela identidade, o adolescente se depara com temores e desejos, e teme desiludir-se consigo mesmo e com o mundo. “Na definição de sua identidade, realiza uma luta interna e externa para descobrir e expressar o seu eu verdadeiro” (LEVISKY, 1998). Ante a fragilidade egóica característica da adolescência, a exposição do diagnóstico leva às ansiedades referentes à fantasia de aniquilamento, de sorte que as vivências no ambiente social são realizadas de forma parcial, já que uma parte significativa e premente sobre seu eu não pode ser revelada, implicando um ataque a sua auto-estima, essencial para a reformulação do *self* na adolescência.

Diante dessa realidade, o verdadeiro eu não pode ser exposto e compartilhado fora do meio familiar sem riscos, acarretando a utilização de mecanismos para protegê-lo. Nesse sentido, o falso-*self* surge como defesa característica desse momento de vida ante a ameaça do verdadeiro *self*. **Lucas** usa esse mecanismo para proteger-se da ameaça de perda do ambiente idealizado, afastando os afetos e angústias, portando-se com uma pseudo-maturidade em relação à Aids. **Gustavo** e **Alice**, por sua vez, empregam essa defesa como forma de manter uma boa relação com o ambiente, não revelando um aspecto de si que consideram intoleráveis. O que os difere é a intensidade da submissão³⁷ e, sob esse prisma, **Lucas** parece fazer um uso mais intenso desse recurso, talvez em função de uma maior fragilidade egóica decorrente da ausência, durante a infância, de um ambiente de *holding* adequado às suas necessidades.

³⁷ Relativo à reação à intrusão materna, que, nesse momento, é representada pelo ambiente.

Assim, percebeu-se que a Aids representa um fator que exerce grande influência no processo de construção da identidade. As características próprias dessa constituição encontram na doença e suas implicações um elemento que atravessa de maneira significativa as vivências desses adolescentes com seu mundo interno e o mundo externo.

5.3. Sexualidade: do perigo da morte aos perigos da vida³⁸

Uma das principais características da adolescência é o desenvolvimento da sexualidade auto-erótica para a sexualidade genital, definida pela vivência plena da capacidade libidinal genital e da aceitação implícita da capacidade de procriação, num entrejogo com os elementos residuais das etapas anteriores da evolução psicosexual (LEVISKY, 1998). As transformações corporais representam um grande avanço rumo às experiências sexuais e provocam a necessidade de uma reorganização do esquema corporal, que pode inicialmente provocar sentimentos de estranheza em relação a esse corpo que surge.

No adolecer com Aids, o novo corpo carrega consigo a imagem da fragilidade: **Lucas** e **Gustavo** demonstraram que as transformações corporais são permeadas pelo temor do adoecimento e qualquer alteração do quadro clínico preocupa, enquanto, para **Alice**, os cuidados com ela mesma são essenciais para evitar o mesmo destino de sua mãe biológica. Sem desconsiderar a realidade factual, podemos pensar que esse temor está igualmente associado aos perigos das novas potencialidades e das fantasias de um corpo que conduz a uma possível satisfação sexual e que encontra na Aids uma implementação das ansiedades correspondentes a essa vivência.

Nessa perspectiva, o corpo da adolescência soropositiva é carregado não só das transformações próprias da idade, mas também pela soropositividade e suas implicações. As mudanças corporais sentidas como perigosas pelo adolescente, por remeter à possibilidade de concretização das fantasias sexuais incestuosas, ligam-se também aos perigos da contaminação e do desvelamento de seu diagnóstico.

A fragilidade egóica compõe o quadro da adolescência, à medida que as inúmeras transformações constituem-se em um excesso de excitações para o ego. Este é, no início da infância, essencialmente um ego-corporal (FREUD, 1988[1923]) e, na adolescência, essa configuração ressurge, sendo o corpo o centro das experiências mentais (FERRARI, 1995).

³⁸ “Do perigo da morte aos perigos da vida” é uma expressão utilizada por Labaki (2006), a qual tomo de empréstimo para nomear esse item.

Desse modo, o adolecer com Aids traz consigo a tarefa de tentar conjugar um corpo que padece a um corpo de prazer, procurando sua significação nos ideais individuais e sociais que estão, ao menos temporariamente, impossibilitados de se realizar.

Nesse contexto, a sexualidade é vivida como perigosa, à medida que remete ao risco de rejeição, na qual a capacidade egóica encontra na possibilidade real de exclusão uma ameaça a sua frágil integração: **Lucas** está no início da adolescência e se nega a defrontar-se com a sexualidade, distanciando-a de si; **Gustavo** excursiona pelas relações amorosas de forma persecutória, sentindo que seu diagnóstico é uma “arma” que poderá ser usada contra ele pelo seu objeto de afeto. A Aids é, portanto, um impeditivo para realizar seus desejos amorosos e de procriação, visto que remete à possibilidade de infectar sua parceira e seus filhos; **Alice**, por sua vez, é a única dos adolescentes entrevistados que possui uma vida sexual ativa. Em seus relacionamentos amorosos, a aceitação da Aids constitui-se numa prova de afeto e o temor à contaminação do parceiro está presente. Podemos pensar que, para **Lucas** e **Gustavo**, a sexualidade ainda permanece vinculada ao mundo da fantasia, porque as experiências concretas não se efetivaram e a Aids surge como conteúdo defensivo, à medida que justifica a não aproximação dessas vivências.

A sexualidade vinculada à Aids pode, portanto, remeter a um teste afetivo nas relações. Como vimos, em meio ao estado confusional da adolescência, o desenvolvimento genital desencadeia a necessidade de separação dos pais e reativa as vivências genitais prévias, através da busca de novos objetos de afeto. Essa procura tenta, muitas vezes, restabelecer o estado fusional das primeiras relações, nas quais a predominância do narcisismo conferia ao indivíduo a ilusão de plenitude e, especialmente, de ser amado incondicionalmente. Nesse aspecto, o desejo de ser igual, a aceitação pelo outro e o risco de rejeição remetem a essas vivências e à impossibilidade de realizá-las satisfatoriamente, como se percebeu nos três adolescentes. Assim, pode-se verificar que, para eles, o outro é vivido sempre como dúvida, dificultando a ilusão de igualdade (SANTOS, 2005).

Para os pais, a percepção da sexualidade dos filhos traz o temor à rejeição e à contaminação: Joana acredita que a única possibilidade de **Lucas** relacionar-se afetivamente estaria restrita a uma pessoa que também fosse portadora do vírus; Renata constata, na vivência da sexualidade de **Gustavo**, uma ameaça ao segredo do diagnóstico; Marta, por seu turno, teme a identificação de **Alice** com a vida sexual intensa de sua mãe e a probabilidade de contaminação.

Assim, a Aids configura-se como central na vivência da sexualidade, durante o adolecer, caracterizada principalmente pela possibilidade de rejeição e pela contaminação do

eventual parceiro. Entretanto, observou-se que a doença pode se inscrever nessas experiências como componente defensivo ante as ansiedades provocadas pelos impulsos sexuais, como no caso de **Gustavo**, ou vinculada à rejeição, como para **Alice**. Está, portanto, a serviço de uma dinâmica psíquica característica da adolescência, na qual a sexualidade se reconhece pela renúncia aos objetos incestuosos e pela escolha de novos objetos de amor.

5.4. Adolescer com Aids: do universo familiar ao universo social

A família exerce papel fundamental na constituição do indivíduo, garantindo sua sobrevivência física, social e emocional. Na adolescência, o grupo familiar, em especial os pais, são desinvestidos pelo adolescente, que busca novos objetos identificatórios, lançando-se a novas experiências. O modo de funcionamento familiar frente ao adolescer tem papel preponderante, no processo de crescimento do jovem. Os pais, enquanto objetos internos e externos introjetados, serão inevitavelmente questionados e terão que abdicar do filho narcisicamente investido, para dar lugar ao novo indivíduo que surge.

A dinâmica familiar, por sua vez, é assinalada por uma coesão que busca manter sua estabilidade e é construída através da forma como os pais transmitem seus conhecimentos conscientes e inconscientes para seus filhos. Essa transmissão acontece de acordo com as possibilidades psicológicas reais dos pais e são apreendidas pelos filhos e introjetadas à sua dinâmica individual, que funcionará em conformidade com os mecanismos de defesa oriundos dos pais. Esse processo sofre influência da cultura e da ideologia social vigente (SOIFER, 1994). Devido à fragilidade egóica característica do adolescente, este se torna mais vulnerável às projeções familiares (LEVISKY, 1998).

Nesse aspecto, pode-se pensar que a concepção social da Aids habita o universo familiar e tem com ele estreita relação, influenciando a maneira como os adolescentes lidam com seu diagnóstico, prevalecendo os temores comuns ao inscrito nos registros conscientes e inconscientes da família.

Essa forma de funcionamento é perceptível nos casos deste estudo: a dissociação, como forma de lidar com a angústia decorrente do diagnóstico e das perdas, está presente tanto em Joana quanto em **Lucas**; a família de **Gustavo**, por sua vez, fez do segredo sobre o diagnóstico o centro de suas preocupações e, nesse sentido, a adolescência parece ameaçar a estabilidade dessa dinâmica, porque ele demonstra a necessidade de experiências fora do universo familiar. Entretanto, essa busca aparece marcada pela persecutoriedade presente nos

pais; na família de **Alice**, a vivência da sexualidade é tida como fonte de perigo e ameaça, sendo alvo de temores relacionados à transmissão da doença e à possibilidade de rejeição. Essas angústias são evidentes também nas experiências da adolescente.

Outro ponto nos chamou a atenção: o temor à morte e as angústias referentes à finitude não ocupam a posição central nas vidas dos adolescentes e suas famílias. O adolecer dos filhos e as implicações referentes à sexualidade, assim como a possibilidade de rejeição, representam o foco de suas angústias. Porém, o imaginário presente sobre a Aids guarda ainda profundas relações com a visão estigmatizada de seus portadores, de sorte que o fato de conviver com a doença parece não a ter alterado totalmente, como no caso das mães de **Lucas** e **Alice**.

As dificuldades concernentes ao processo de separação/individuação dos filhos estão vinculadas principalmente ao temor da contaminação, da revelação do diagnóstico e da possibilidade de rejeição. Como defesa frente a essas angústias, o segredo constitui-se como o principal elemento contra uma realidade factual e seus correspondentes psíquicos. Assim, a busca de experiências fora do contexto familiar é sentida como ameaça, de vez que coloca em risco a dinâmica estabelecida, como evidenciado, mais explicitamente, no caso de **Gustavo**, porém, também presente nas famílias de **Lucas** e **Alice**.

Portanto, percebemos que a dinâmica familiar referente à doença e suas implicações exerce influência na forma como o adolescente lida com o fato de ser portador da Aids. Há que se considerar que a manutenção do sigilo sobre o diagnóstico tem uma função protetora, porque o preconceito e a discriminação constituem elementos reais do viver e do conviver com Aids. Entretanto, as resistências familiares em lidar com a doença são acrescidas pelo adolecer dos filhos e trazem dificuldades ao adolescente, visto que não podem encontrar no meio familiar uma continência às suas angústias, e esse é o único lugar seguro no qual podem partilhar livremente sua realidade.

Por outro lado, a adolescência traz em si a necessidade de expandir o convívio social e a busca por novos objetos identificatórios. Ante a impossibilidade de vivenciar seus impulsos, no meio familiar, o adolescente liga-se a grupos com os quais busca a identificação que pode proporcionar segurança e estima pessoal. Contudo, no adolecer com Aids, a função do grupo enquanto continente das angústias do adolescente que não encontram consonância no meio familiar fica prejudicada, pois um ponto central da vida do adolescente soropositivo não pode ser revelado.

A procura de novos objetos identificatórios se dá de forma parcial, porquanto o adolescente soropositivo encontra, na sua condição, um dificultador da realização do ideal

narcísico, já que, nesse aspecto, não é “igual” aos outros membros do grupo. Observa-se a uniformidade grupal expressa na forma de vestir e nos comportamentos, como reveladores da necessidade de pertinência e segurança do adolescente, o qual não encontra no mundo adulto a continência de que precisa (CALLIGARIS, 2001). O ser “igual” constitui-se, portanto, como reassegurador ante os temores diante das novas experiências e das transformações em marcha, já que o adolescente transfere para o grupo a dependência que tinha da família (KNOBEL, 1992).

Para **Lucas**, o grupo serve de teste para as novas potencialidades e como tentativa de encontrar elementos identificatórios comuns entre ele e os amigos. **Gustavo**, por sua vez, percebe seu diagnóstico como algo que o diferencia do grupo, sendo, portanto, sentido como uma ameaça à sua integridade. Para **Alice**, o grupo funciona como continente para si, à medida que consegue manter o diagnóstico externo a ele. Para os três adolescentes desta pesquisa, a não revelação do diagnóstico corresponde à condição para a convivência social e a identificação com o grupo, corroborando Tavares (2003).

5.5. Considerações finais

O adolescer constitui-se como um momento singular na vida dos indivíduos, à medida que se insere na trama emocional como um segundo nascimento. Traz em si as transformações de um corpo infantil para um corpo inicialmente irreconhecível, além da necessidade de abandonar a rede de identificações da infância, lançando o adolescente numa busca imperiosa por novas referências.

Os adolescentes desta pesquisa, além de vivenciarem esse cenário, precisam lidar com a Aids, que se configurou como uma doença que ultrapassa os limites do corpo biológico e invade a vida social e emocional, depositária dos aspectos mantidos, até então, à margem da sociedade. Diferentemente de indivíduos que se infectam na adolescência ou na vida adulta, esses jovens, desde a infância, convivem com a doença e suas implicações, em especial com o estigma direcionado à soropositividade.

Percebemos, no decorrer desses anos, que a Aids associou-se à idéia de um mal social, no qual a degeneração física e a morte configurariam punições individuais para comportamentos ditos “desviantes”. O advento do coquetel, o surgimento de movimentos civis organizados (ONGs) e as novas descobertas científicas agregaram novos sentidos à epidemia, na qual a luta principal se centra na não estigmatização do portador de HIV/Aids.

Entretanto, a resposta inicial à doença perpetuou no imaginário social o caráter punitivo e marginal da Aids, vinculando sexo, prazer e morte.

Dessa forma, as crianças infectadas por transmissão vertical foram tidas como vítimas inocentes da epidemia, junto com os hemofílicos e os politransfundidos. No entanto, ao adentrarem a adolescência, observamos que o caráter de inocência atribuído a eles não impediu a construção simbólica de punição e vergonha. Os três adolescentes têm com a Aids uma relação marcada pelo temor ao preconceito e à exclusão. A morte social é vinculada à revelação ao meio externo à família, dificultando o processo de separação/individuação e, conseqüentemente, a vivência de novas experiências, fundamentais para a constituição da identidade adulta.

Esse temor da separação, característico da adolescência, relaciona-se também às perdas concretas e simbólicas ocorridas na infância, em decorrência da Aids, tornando-as peculiares: os pais (biológicos ou não) tiveram que lidar com o assombro causado pelo diagnóstico, exigindo intensas reformulações sobre a Aids (que não poderia mais constituir-se como a doença do “outro”) e a morte (que não poderia mais ser relegada à inconsciência), uma vez que esses aspectos estavam presentificados na criança enquanto possibilidade real; às crianças, por sua vez, recusou-se a possibilidade de tratar de forma direta seu diagnóstico e suas perdas decorrentes dele, já que o segredo sobre a doença configurou-se, no âmbito familiar, de forma imperiosa. Como conseqüência, a elaboração dessa realidade foi substancialmente prejudicada, de sorte que as crianças percebiam a presença silenciosa de algo que lhes dizia respeito e que não podia ser falado.

Nessa perspectiva, vimos que a entrada na adolescência trouxe à tona uma nova rede de significações, que entrelaçam aspectos do adolecer com a Aids. O mais evidente foi a sexualidade, por constituir – além de um ponto central neste momento de vida – a via privilegiada de transmissão da doença e por permanecer como um tabu para os pais (e para a sociedade). O principal temor presente neles e nos adolescentes concerne à possibilidade de rejeição, porque o início da vida amorosa e sexual acarreta um desvelamento da intimidade e uma aproximação com o mundo externo à família.

O adolecer traz consigo a necessidade de separação dos pais rumo à autonomia. Entretanto, em decorrência das inúmeras perdas inerentes a esse processo, o ego encontra-se fragilizado, exigindo a internalização de novos objetos. Assim, o adolescente transfere para o grupo grande parte da dependência anteriormente depositada na família. Busca identificar-se com ele e, assim, construir uma identidade própria, não culminando, desse modo, numa perda de todo o suporte identificatório, uma vez que rechaça aspectos que remetam ao meio

familiar. Nesse processo, a relação entre “iguais” é essencial para o sentimento de segurança e auto-estima, visto que essa passagem do universo familiar para o espaço social representa uma rearticulação do narcisismo, modificando o indivíduo particularmente na dimensão de seus ideais (ego-ideal/ideal de ego). Dessa maneira, as novas identificações articulam o adolescente ao grupo social que terá como desdobramento a formação de grupos de amigos, de uma nova família, de uma profissão etc.

Nesse sentido, a Aids atravessa esse processo à medida que prejudica a ilusão de “igualdade” entre o adolescente e seu grupo, pois seu diagnóstico marca a diferença e não pode ser exposto devido ao risco de exclusão. A relação com o mundo passa a ser permeada pela persecutoriedade decorrente da condição de soropositividade, atrelando valores de menos valia a seu portador (SANTOS, 2005). Constitui-se, portanto, em uma ferida narcísica, vivida como ameaça à integridade egóica já fragilizada.

Entretanto, o problema da morte física, central na questão da Aids, não se configurou como premente na fala dos adolescentes e de seus pais. O centro de suas angústias refere-se à morte social, implicada no julgamento externo e na não correspondência aos ideais sociais e individuais. Podemos considerar que o tempo de convivência com o diagnóstico proporcionou uma segurança maior em relação à vida. Por outro lado, a adolescência constitui-se em um período de grande investimento libidinal nas novas configurações do *self*, direcionando o psiquismo para a necessidade de se elaborar o luto pelos aspectos infantis, incluindo o corpo simbólico.

Não obstante, percebemos que a Aids, além das conseqüências acima citadas para o adolecer, pode funcionar como conteúdo defensivo ante os imperativos da adolescência. É necessário reconhecer que a separação dos pais, a inserção no mundo social e a vivência da sexualidade são fatores que geram ansiedade e insegurança para o jovem. Vimos, também, que a fragilidade egóica é inerente a esse momento de vida, exigindo uma gama de mecanismos defensivos primitivos, os quais têm por função proteger o verdadeiro *self* do adolescente. Desse modo, sem desconsiderar os correspondentes reais do viver com Aids, percebemos que esta se coloca como justificativa do afastamento social e significa os temores às experiências vividas como persecutórias, em especial à sexualidade.

Assim, verificamos que a Aids atravessa o processo do adolecer, tendo sobre ele algumas influências, como vimos no decorrer desta pesquisa. Todavia, está claro que os processos elementares da adolescência não se configuram de maneira diferente no adolescente com Aids, pois as tarefas a serem cumpridas mantêm-se presentes como prerrogativas da conquista da identidade adulta. As principais dificuldades encontradas, porém, dizem respeito

ao imaginário social da Aids, relacionado com o preconceito e a discriminação que aportam ao psiquismo, uma tarefa extra para o adolescente.

Por fim, entendemos ser necessária a realização e divulgação de mais pesquisas relacionadas a esse tema, com o objetivo de colaborar para a instrumentalização dos profissionais que lidam com esses jovens e para a diminuição do preconceito existente na sociedade, que, como pudemos sentir, ainda insiste na exclusão como forma de prevenção da Aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 13-23.

ABERASTURY, A. *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ALVES, Rubem. O retorno e terno – crônicas. Campinas: Papirus, 1997.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões da violência. In: *Revista de estudos femininos*, v.10, n 1. Florianópolis, 2002.

BARICA, A. M. *Vivendo e crescendo com HIV/Aids*. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado). Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

BASTOS, F. I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BION, W. R. *Elementos de psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. *Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts*. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BIRMAN, J. Introdução: fronteiras, limites e confins da psicanálise. In: *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994, p. 13-27.

_____. O objeto teórico da psicanálise e a pesquisa psicanalítica – uma leitura dos pressupostos do discurso freudiano. *Ensaio de teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: _____. *Temas de psicologia – entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 7- 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de DST/Aids. Boletim epidemiológico. Disponível em: www.Aids.gov.br. Acesso em: 22 out. 2007.

CALLIGARIS, C. *A adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000.

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

COSTA, S. M. S. *Vivendo com Aids e enfrentado a violência: a experiência das adolescentes*. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública.

ECA - Estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 22 out. 2007.

ERIKSON, E. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERRARI, A. B. *O eclipse do corpo: uma hipótese psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FREUD, S. (1895) *Projeto para uma psicologia científica*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1923) *Dois verbetes de enciclopédia*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1919). *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1913) *Totem e tabu*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIII. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1927) *O futuro de uma ilusão*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1929) *O mal estar na civilização*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1919) *O estranho*. In: *Obras completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. (1915) *Reflexões para o tempo de guerra e de morte*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1914) *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1915) *O instinto e suas vicissitudes*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1917) *Luto e melancolia*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1923) *O ego e o id*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

_____. (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro, Imago, 1988.

GENTILEZZA, L. *Cataventos do sentir: o trabalho psicanalítico com crianças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

GUERIN, M. Cresce o índice de infectados com o HIV. *Jornal Folha de Londrina*, Londrina, 30 de novembro de 2006. Caderno Cidades, p.3.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (org.) *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-83.

KALINA, E.; GRYNBERG, H. *Aos pais de adolescentes*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 24-62.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, E. *AIDS - o desafio final*. Rio de Janeiro: Best Seller, 1987.

LABAKI, M. E. P. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. *Vocabulário da Psicanálise*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LENT, C. F. Epidemia e subjetividade. In: CARVALHO, M. E. G. et al. (org.). *Cultura e subjetividade em tempos de Aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 21-34.

LEVISKY, D. L. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LOWENKRON, T. S. O objeto da investigação psicanalítica. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (org.) *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p 21-31.

LUSTOSA, P. R. A pesquisa em psicanálise: entre a técnica, a extensão e a intensão. In: *Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial*. Rio de Janeiro, 2003.

MARQUES, M. C. C. *A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil*. Maringá: EDUEM, 2003.

MARQUES, H. H. S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.22, n. 3, 2006.

MATTOS, J. M.; MENDONÇA, M. H. L.C. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids à criança e ao adolescente. In: PADIN, S. M. M. et al. *Experiências interdisciplinares em Aids: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria: Editora UFSM, 2006. p. 187-203.

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise. In: *A sombra de Don Juan*. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.85-118.

_____. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões. In: *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p.395-435.

_____. A querela das interpretações. In: *A vingança da esfinge. Ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

NEGRA, M. D. Aids pediátrica: aspectos clínicos. In: PADIN, S. M. M. et al. *Experiências interdisciplinares em Aids: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria: Editora UFSM, 2006. p. 139-160.

NEWMAN, A. *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

OSÓRIO, L. C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OUTEIRAL, J. *Adolescência: modernidade e pós-modernidade*. In: WEINBERG, C. (Org.). *Geração Delivery: adolecer no mundo atual*. São Paulo: Sá, 2001.

PAULILO, M. A. S. *Aids: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

POSTMANN, N. *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/Aids*. 7ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

REZENDE, A. M. A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, M. E. L. (coord.) *Investigação e psicanálise*. Campinas (SP): Papyrus, 1993, p. 103-118.

ROTHSTEIN, W. Aids, o mal estar... está na civilização?. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R.M. (org.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SABER VIVER JOVEM. (2004). Ministério da Saúde. Coordenação de DST/Aids. Disponível em: www.saberviver.org.br. Acesso em 22 de out. de 2007.

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. (coord.) *Investigação e psicanálise*. Campinas (SP): Papyrus, 1993, p.119-131.

SANTOS, C.P. Temporalidade narcísica. *Revista Percurso*, São Paulo, n.26, 1 semestre, 2001.

_____. *Pares ímpares: o masoquismo e a clínica com pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros*. São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SANTOS, Karolina Reis. *Aids x vida: a doença como uma possibilidade de transformação para o sujeito*. Assis, 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista –UNESP-Assis.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SEILD, E.M.F. El al. Crianças e adolescentes vivendo com Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*. v.21, n.3, p.279-288, 2005.

SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. In: *Investigação e psicanálise*. Campinas (SP): Papyrus, 1993, p.11-24.

SILVA, M. E. L. Uma aventura: a tese psicanalítica - entrevista com Fábio Herrmann. In: *Investigação e psicanálise*. Campinas (SP): Papyrus, 1993, p.133-158.

SOIFER, Raquel. *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TAVARES, M.C.T. *A experiência de adolecer com Aids*. Belo Horizonte, 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

VENTURI, C.; Et al. Vergonha e adolescência. In: CARDOSO, M. R. *Adolescentes*. São Paulo: Escuta, 2006. p. 109-122.

VIERO, E. V.; VALLANDRO, F. F. Vivência dos pais e/ou cuidadores frente à proximidade da revelação do diagnóstico de sorologia positiva para HIV em crianças. In: PADIN, S. M. M. et al. *Experiências interdisciplinares em Aids: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria: Editora UFSM, 2006. p. 205-223.

VILLELA, W. V. Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da Aids. In: CARVALHO, M. E. G. et al. (org.). *Cultura e subjetividade em tempos de Aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 65-78

VIORST, J. *Perdas necessárias*. 10.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1988.

WINNICOTT, D. W. O atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 218-224.

_____. Estudos sobre o desenvolvimento. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 19-100.

_____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. A imaturidade do adolescente. In: _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 117-129

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975

_____. Sobre as bases para o *self* no corpo. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 203-222.

ANEXOS

Anexo 1

Itens norteadores da entrevista com os responsáveis

1. História da contaminação por HIV.

- pais biológicos: contaminação de si; descoberta da doença; primeiras reações; reações frente ao diagnóstico de soropositividade para HIV do filho; histórico do tratamento do filho adolescente enquanto criança; revelação do diagnóstico ao filho; dificuldades atuais.

- responsáveis: Histórico da adoção do adolescente; principais motivações para a adoção; história dos pais biológicos; história do tratamento do adolescente enquanto criança; revelação do diagnóstico ao adolescente; dificuldades atuais.

2. Conhecimento sobre a Aids:

- revelação do diagnóstico a outras pessoas;
- descrição do tratamento.

3. Imaginário da Aids

- idéias sobre a Aids anteriores a descoberta do diagnóstico
- idéias atuais sobre a Aids;
- idéias sobre o que imagina que as pessoas em geral pensam sobre a Aids;
- maiores temores em relação à doença.

4. O adolescente com Aids

- idéias do que é adolescência;
- idéias sobre o adolescer com Aids;
- dificuldades com o adolescente;
- percepção de como o adolescente lida com seu diagnóstico;
- existência de diálogo sobre assuntos relativos à sexualidade, vida social, etc;
- expectativas para o futuro do adolescente.

Anexo 2

Itens norteadores da entrevista com os adolescentes

1. A história de vida

- constituição familiar; relação com cada membro da família; história de vida; rotinas; aspectos marcantes da vida.

2. A história da contaminação

- história da revelação do diagnóstico;

3. Viver e/ou conviver com Aids:

- revelação do diagnóstico a outras pessoas;
- descrição do tratamento.

3. Imaginário da Aids

- idéias sobre a Aids anteriores a descoberta do diagnóstico
- idéias atuais sobre a Aids;
- idéias sobre o que imagina que as pessoas em geral pensam sobre a Aids;
- maiores temores em relação à doença.

4. A adolescência e a Aids

- identidade: aspectos positivos e negativos sobre si; expectativas para o futuro;
- socialização: existência de amigos; revelação do diagnóstico a eles (contar ou não contar); atividades realizadas em grupo.
- sexualidade: existência de relações amorosas; percepção do parceiro; a vida amorosa dos amigos; dificuldades do namoro; revelação do diagnóstico ao parceiro (medos e expectativas); desejo de constituir família; desejo de ter filhos;

Termo de consentimento livre e esclarecido
Resolução CNS 196/96
Folha de informações
Aspectos psicológicos do adolescer com HIV/Aids

Caro senhor ou senhora,

Este documento afirma sua disponibilidade em participar desta pesquisa e também a autorizar a participação de _____, menor de idade sob sua responsabilidade. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer como os adolescentes que convivem com o vírus dessa doença desde criança vivenciam a entrada na adolescência. Para tanto, suas informações enquanto responsáveis por eles são muito importantes e por isso serão também entrevistados, assim como os adolescentes. Com essa pesquisa, espero ajudar na melhoria dos atendimentos realizados aos adolescentes, uma vez que esse estudo poderá servir de orientação a outros profissionais e também diminuir o preconceito em relação a essa doença.

A pesquisa será realizada da seguinte forma:

1. entrevistas gravadas com os responsáveis pelo adolescente;
2. entrevistas gravadas com o próprio adolescente;
3. Dados obtidos no decorrer dos anos anteriores.

Gostaria de deixar claro que tanto o senhor ou a senhora, quanto o adolescente poderão deixar de participar dessa pesquisa a qualquer momento se assim desejarem, sem nenhum tipo de prejuízo para vocês. A participação nesta pesquisa é livre, tanto para os responsáveis, quanto para o adolescente, que também só participará se quiser.

As informações obtidas serão utilizadas para a confecção da dissertação de mestrado e para artigos científicos, assim como apresentação em congressos especializados. Porém, o anonimato será garantido das seguintes formas:

1. Nenhum dado que possa identificar quem são as pessoas entrevistadas será usado, ou seja, não será publicado os nomes (nem as iniciais), profissão, endereço, idade ou qualquer outra informação que possa identificar vocês.

2. Mudar algumas informações fornecidas na entrevista, como algumas histórias ou exemplos usados por vocês, de forma a não trazer prejuízo para a pesquisa e não permitir a identificação de vocês.

As fitas cassetes que serão gravadas ficarão guardadas (lacradas) em local acessível somente a mim, e serão destruídas, depois de passado um ano da publicação da pesquisa. Informo ainda que não será oferecida ajuda de custo de nenhuma natureza em decorrência da participação nesta pesquisa.

Estou à sua disposição para responder qualquer dúvida que vocês tenham. Caso estejam de acordo com os termos acima descritos e assim desejem participar dessa pesquisa, pediria para que assinassem o Termo de Consentimento que consta ao final desse documento e viste cada página dessa folha de informações, confirmando essa disponibilidade e a concordância e clareza dos termos aqui apresentados. Você assinará duas vias, sendo que uma ficará comigo e a outra permanecerá com você.

Agradeço antecipadamente sua atenção e disponibilidade,

Patrícia Maria Fassina Lepri
(pesquisadora responsável)

Endereço e telefone da pesquisadora responsável:

R. Amador Bueno, 255, apto 503 - Vila Ipiranga
Fone: (43) 3371-2351/ (43) 9936-0727

Endereço do Comitê de Ética

Av. Robert Koch, 60 – Vila Operária

Termo de consentimento

Concordo através desse documento a participar da pesquisa: Aspectos psicológicos do adolescer com HIV/Aids, realizado pela pesquisadora Patrícia Maria Fassina Lepri e autorizo a participação do menor: _____, sob minha responsabilidade legal. Afirmo ainda, ter recebido as informações constantes na Folha de Informações constante neste termo, vistas por mim e estou de acordo com os termos informados. Reitero ainda que autorizo a utilização das informações fornecidas por mim e pelo menor sob minha responsabilidade, para divulgações e publicações de caráter científico, resguardado o meu direito ao anonimato anteriormente citado.


Londrina, ____ / ____ / _____

Nome do participante

Assinatura do participante



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer Nº 115/07 CAAE Nº 0068.0.268.000-07 FOLHA DE ROSTO Nº 129322	Londrina, 10 de maio de 2007.
PESQUISADORA: PATRICIA MARIA FASSINA LEPRI	
<p>Ilma Sra</p> <p align="center">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, <u>APROVA</u> a execução do projeto:</p> <p align="center">"ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ADOLESCER COM HIV/AIDS".</p> <p>Informamos que a Sra deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof.ª. Dra. Nilza Maria Diniz Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </p>	