



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

HIV: QUAL O LUGAR POSSÍVEL AO SUJEITO?

CAMPINA GRANDE – PB

2014

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

HIV: QUAL O LUGAR POSSÍVEL AO SUJEITO?

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo, apresentado ao Curso de Graduação em **Psicologia** da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ªJailma Souto Oliveira da Silva

CAMPINA GRANDE

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M528h Melo, Jayane Kelly Gomes de.
HIV [manuscrito] : qual o lugar possível ao sujeito? / Jayane Kelly Gomes de Melo. - 2014.
34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Jailma Souto Oliveira da Silva, Departamento de Psicologia".

1. AIDS. 2. Portadores de HIV. 3. Psicanálise. 4. Sujeito. I.
Título.

21. ed. CDD 616.979

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

HIV: QUAL O LUGAR POSSÍVEL AO SUJEITO?

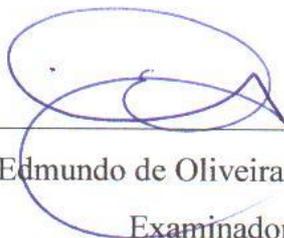
Aprovado em 17/07/2014

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo, apresentado ao Curso de Graduação em **Psicologia** da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Psicologia.

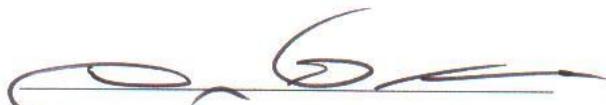
Orientadora: Prof^a. Dr^aJailma Souto Oliveira da Silva



Prof^aDr^aJailma Souto Oliveira da Silva / UEPB
Orientadora



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio / UEPB
Examinador



Prof. Ms. Jorge Dellane da Silva Brito / UEPB
Examinador

HIV: QUAL O LUGAR POSSÍVEL AO SUJEITO?

MELO, Jayane Kelly Gomes de¹

“O que faz andar o barco não é a vela enfunada, mas o vento que não se vê.”

(Platão)

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), popularmente conhecida como AIDS, por se tratar de uma patologia que tem como uma das formas de contágio a relação sexual desprotegida é historicamente marcada por preconceitos e estereótipos. O fato do prognóstico incerto em relação à cura, além de gerar no sujeito alguns impactos com o recebimento do diagnóstico, lhe coloca diante de incertezas em relação à vida, fato que pode levar a uma desordem psíquica, haja vista o comprometimento das defesas do organismo e, como consequência, um pré-anúncio de morte. O presente estudo se trata de uma pesquisa de cunho qualitativo referendado a partir da Psicanálise. O público do estudo é contemplado por pacientes internados no setor de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, em Campina Grande – PB. Feita uma breve explanação sobre a AIDS e suas representações, abordaremos como a psicanálise postula a constituição do inconsciente e do sujeito, assim como a mudança de paradigma na pesquisa nessa perspectiva. Utilizamos para analisar os dados colhidos na escuta aos entrevistados a análise do discurso visando o significantee cada fala será analisada singularmente, tendo em vista o sujeito do inconsciente que é priorizado na psicanálise. Os resultados mostraram que, apesar de todos os entrevistados terem o diagnóstico do vírus HIV como ponto em comum, há, ali, sujeitos que sofrem e se apresentam diante desse prognóstico de maneira singular, para além do estigma que marca os portadores da síndrome enquanto aidéticos.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Sujeito; Psicanálise.

¹Graduanda em Psicologia pela UEPB. E-mail: jayane.kelly@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A AIDS, desde a descoberta dos primeiros casos no Brasil e no mundo, é representada por estigmas e estereótipos que marcam o sujeito contaminado pelo vírus HIV gerando grandes impactos sejam de ordem fisiológica ou psicológica. A incerteza em relação ao tempo de vida, tendo em vista a inexistência de uma medicalização que garanta a cura, além da vulnerabilidade a qual o sujeito se submete, é um fator que pode levar a uma desorganização da própria identidade do sujeito, já que o diagnóstico pode ser dado como um “pré-anúncio” de morte.

Os imperativos sociais que revelam os números de casos de pacientes soropositivos ao mesmo tempo em que, por vezes, agem na tentativa de alertar a população, acabam por rotular, em muitas vezes, os já portadores da síndrome que vivem em conflitos orgânicos, psíquicos e ainda respondem por um grupo considerado “de risco”. É nessa perspectiva que Oliveira e Bianeck (2008) concluem que, uma vez recebendo o diagnóstico, “além de experienciar lutos e reorganizar questões objetivas e subjetivas importantes, o sujeito está agora sob o olhar e julgamento da sociedade que tende a culpabilizá-lo por sua condição” (p. 142).

O elevado número de informações acerca das formas de contágio, bem como o fato de a AIDS ser considerada uma doença sexualmente transmissível, são fatores que fazem surgir julgamentos e preconceitos expostos pela sociedade que, em grande parte das vezes, se esquiva em relação a esse público e os acometidos acabam respondendo pelo ato “irresponsável” sendo obrigados a sofrerem sozinhos às perdas que a patologia proporciona. (OLIVEIRA e BIANECK, 2008).

A proposta desse trabalho se distancia da ideia de buscar números e resultados para comprovação de hipóteses, e parte da premissa de que se faz preciso, além de estudar sobre a síndrome, considerar o sujeito para além do rótulo de aidético. Sujeito enquanto um ser que fala e que apresenta em seu discurso algo que está para além do que se pensa em relação a estigmas e preconceitos no que diz respeito ao HIV/AIDS. E é nessa perspectiva que a análise dos dados obtidos foi feita através da Análise do discurso a partir da

Psicanálise, justamente pelo fato de esta se tratar de uma ciência humana, que prioriza o sujeito e sua singularidade.

O presente estudo se trata, portanto, de uma pesquisa de campo realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, no município de Campina Grande, na Paraíba. O público pesquisado foi constituído por seis sujeitos com diagnósticos de HIV/AIDS, internados e em tratamento no setor de infectologia do hospital citado. Inicialmente partimos da proposta de investigar como o sujeito portador se posiciona em relação ao recebimento do diagnóstico e para tanto pensamos em questões a serem abordadas sendo estas inerentes ao tratamento, ao suporte recebido, ou não, após o prognóstico e às mudanças que ocorreram na vida de cada entrevistado.

Na expectativa de embasar teoricamente os resultados e discussões da pesquisa, o estudo trará uma visão geral a respeito do que se trata de fato a síndrome e como pode se pensar, psicologicamente falando, o recebimento do diagnóstico, uma vez que o sujeito passa a viver e se ver enquanto portador do vírus. Em seguida, por se tratar de um trabalho que tem como base a psicanálise, tratar-se-á do conceito de inconsciente, bem como do de sujeito, tendo em vista que é o sujeito do inconsciente o objeto de uma pesquisa cujo teor teórico é o psicanalítico.

Segundo Poli (2008) “ao eleger o campo da linguagem como seu campo de pesquisa, a psicanálise inaugura um novo paradigma” (p.163), e, a partir desse enunciado, serão expostos alguns aspectos que fundamentam esse método de pesquisa, qual seja a pesquisa em psicanálise. Faz-se necessário elencar alguns pontos a respeito disso, uma vez que a teoria é respaldada por elementos imensuráveis e que o objeto de estudo se trata do próprio sujeito inconsciente.

Como já exposto, analisaremos os dados a partir da psicanálise, utilizando a obra de Freud, a primeira clínica de Lacan, e escritos de outros autores contemporâneos. Abordaremos diversos conceitos presentes na referida teoria, tais como o de transferência, repetição, luto, psicose, negação, entre outros, justamente por que os discursos serão analisados de maneira singular.

O contexto hospitalar e a condição de soropositividade são elementos em comum para todos os entrevistados, entretanto cada discurso é único e é nessa perspectiva que o trabalho se constitui, a partir da compreensão de que apesardo

estigma que a AIDS representa há um sujeito que sofre, e seus conflitos são dados de maneira singular e independente do diagnóstico que possuem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), popularmente conhecida como AIDS tem seus primeiros casos de incidência no final da década de 1970, sendo inicialmente identificados, segundo dados do Ministério da Saúde, nos EUA, no Haiti e na África Central, através da observação de um elevado número de pessoas adultas do sexo masculino, com o sistema imunológico comprometido. Apenas em 1982 a nova síndrome foi assim classificada e o primeiro caso no Brasil surgiu em São Paulo em 1980, e também após dois anos foi assim reconhecida (BRASIL, 2014).

O termo HIV significa vírus da imunodeficiência humana e este, o causador da síndrome, ataca o sistema imunológico comprometendo as defesas do organismo, e por consequência o sujeito que é acometido passa a ser vulnerável a diversas doenças. O Ministério da Saúde (2014) adverte que o fato de contrair o vírus não implica dizer que o sujeito passa a ter AIDS, tendo em vista o grande número de soropositivos que apesar de portarem o vírus não desenvolvem sintomas consequentes como desenvolvimento da doença.

A transmissão do vírus pode se dar via relações sexuais desprotegidas, pela transfusão de sangue, com coletas sem prevenção ou compartilhamento de seringa contaminada, e ainda de mãe para filho durante a gravidez ou o período de amamentação. Atualmente, apesar de a disseminação de informações acerca do contágio do vírus da AIDS ser ampla, o número de sujeitos contaminados ainda é considerável e em 2013 a política de prevenção do HIV passa a ser adotada no Brasil. Alguns dos fatores que fazem parte dessa política dizem respeito ao fácil acesso ao teste rápido nas Unidades de Saúde públicas, dos testes rápidos de farmácia pela coleta do fluido, bem como o surgimento de

organizações não governamentais que são capacitadas para a aplicação deste novo teste (BRASIL, 2014).

Oliveira e Bianeck (2008) asseguram que a AIDS é recebida pelo sujeito como uma interdição. Ao citarem Klouri (1993, p. 8) os autores supracitados afirmam que o diagnóstico do vírus constitui uma ameaça de castração, tendo em vista que o sujeito se depara com uma série de limitações e impossibilidades. Uma vez acometido pelo vírus, o sujeito se vê diante de experiências de perdas, luto, conflitos objetivos e subjetivos, entre outros fatores que representam a atualização da castração, e nessa perspectiva, ainda citando Klouri (1993), pode-se afirmar que:

(...) a SIDA provoca nos pacientes uma angústia de castração e uma ferida narcísica relacionada ao desfiguramento corporal ao qual, por vezes, tenta-se fugir antecipando-se a morte[...]Uma pessoa HIV positivo passa por grande sofrimento psíquico, pois é obrigado a deparar-se com várias perdas, atualizando a castração. De um certo modo, as várias dimensões da síndrome expõe o indivíduo também a conflitos internos muito anteriores, questões pessoais que são trazidas à tona no momento de fragilização. Tem de reorganizar sua vida em torno destas perdas, da presença da morte, do possível afastamento dos amigos e familiares, da remodelação de suas relações afetivas e sexuais (OLIVEIRA e BIANECK, 2008, p.5).

Carvalho et al (2004) ratificam que o sujeito diagnosticado com o vírus HIV acaba adquirindo um grande impacto, acontecimento este que o sobrecarrega emocionalmente, além de levá-lo a obter mudanças em relação ao viver e à maneira de ver a vida. Os autores certificam, ainda, que além dos estereótipos sociais em relação à síndrome, o fato de o próprio sujeito ter provocado a doença e a rejeição da família representam mais estigmas no que diz respeito ao paciente contaminado pelo vírus.

A AIDS representa uma patologia que marca o acometido significativamente, por diversos sentidos, uma vez que aflige “o seu bem-estar físico, mental e social e envolve sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e autoestima” (CARVALHO et al, 2004, p.2). O estigma é considerado pelos autores citados como um “destruidor invencível” e os efeitos psicológicos provocados podem até levar o sujeito infectado a se tornar propenso a contaminar outras pessoas.

O sujeito portador do vírus passa a viver carregado de estigmas em relação à doença e o que esta representa deixa o acometido identificado a essa referência, podendo ter como consequência um “processo de dessubjetivação” (ANDRADE, 2009, p.219). O autor afirma que há uma perda de significação e conflitos no que diz respeito ao existir, advindos da alteração na significação das coisas sofridas com o diagnóstico, bem como pela “aproximação” da morte.

2.2 O inconsciente e o sujeito: de Freud a Lacan

A psicanálise tem o lugar de terceira ferida narcísica da humanidade por enaltecer a ideia de que o inconsciente é quem controla o ser humano. Freud, com sua audácia e sede de conhecimento encarou as críticas e discriminações acerca dos seus estudos, e no início do século XX afirma que “a diferenciação do psíquico em consciente e inconsciente é a premissa básica da psicanálise” (FREUD, 1923/2011 p.15).

Desde “A interpretação dos sonhos”, em 1900, Freud fala sobre a hipótese de um aparelho psíquico. E traz o sonho como elemento, através dos traços mnêmicos, que representa o fato de que todas as pessoas “normais” ou doentes apresentam uma produção mental que foge do controle consciente. A partir do ponto de vista topográfico ele sintetiza uma organização de lugares no qual o aparelho psíquico constitui-se de três sistemas: Inconsciente, Pré-consciente e Consciente (KUSNETZOFF, 1982).

O aludido autor retrata, ainda, que foi a partir da teoria da repressão que Freud fundamentou o conceito de inconsciente como uma instância psíquica que pode se manifestar de maneira latente ou dinâmica. É reconhecido como o componente mais arcaico do aparelho psíquico e compreende as chamadas “representações de coisa (*Das ding*)” que caracterizam resquícios de reproduções de percepções antigas, além de ser constituído de energia pulsional.

Portanto, adquirimos nosso conceito de inconsciente a partir da teoria da repressão. O reprimido é, para nós, o protótipo do que é inconsciente. Mas vemos que possuímos dois tipos de inconsciente: o que é latente, mas capaz de consciência, e o reprimido, que em si e sem dificuldades não é capaz de consciência (FREUD, 1923/2011, p.17).

Já em 1915, Freud justifica a suposição do inconsciente considerando-a “necessária e legítima” (FREUD, 1915/2011 p.101) e assegura que se tinham várias provas da sua existência, haja vista que há lacunas nos dados conscientes não só em pessoas doentes, e que há atos que fogem da explicação da consciência. Afirma, ainda, que no dia a dia temos pensamentos espontâneos os quais desconhecemos a fonte e que nem tudo se torna consciente, garantindo mais uma vez que o inconsciente se trata de uma instância do psiquismo e ratifica quando diz que “o eu não é o senhor em sua própria casa” (FREUD, 1917/1976, p. 178).

Descartes em seu dito “Penso, logo existo”, deu brechas para que Freud se colocasse em relação ao ser pensante e ao inconsciente. Quinet (2003) afirma que Descartes se utiliza do pensamento para dizer sobre a existência e, Freud parte da premissa do pensamento inconsciente e chega ao desejo. Acrescenta dizendo que na lógica cartesiana o ato de pensar define o ser substantificando o sujeito e, na psicanálise o sujeito é desprovido de substância e seu ser se coloca fora do pensamento.

Para Descartes o sujeito está no pensamento “Lá onde penso eu sou”; para Lacan, relendo Freud, o sujeito está no pensamento como ausente, como pensamento barrado. Lá onde penso eu não estou, eu não sou. O sujeito como efeito da articulação significante é o sujeito do pensamento inconsciente, que Lacan identifica com o sujeito como o descreve Descartes [...] Descartes separa o ser e o pensamento e prepara a separação que a psicanálise trará à luz, ou seja, que penso onde não estou, onde não sou, o que qualifica o inconsciente como pensamento sem ser (QUINET, 2003. p.13-14).

Cabas (2009) apresenta que Freud se referiu ao termo sujeito na metapsicologia, contudo não se delimitou a escrever nada a respeito com mais profundidade, mas sobre o “eu”, um “si-mesmo”, “selbest”, partindo de outros autores da teoria psicológica. A noção de sujeito, em sua obra, era sempre presente, porém de maneira implícita, especialmente no tocante aos escritos sobre as pulsões. Freud em *Os instintos e suas vicissitudes* se utiliza da ideia de que “sujeito” e “objeto” são termos aplicados para representar a pessoa fonte da origem da pulsão e a coisa ou pessoa a qual ela se dirige, respectivamente (VIEIRA, 2010).

O conceito de sujeito emerge na psicanálise, então, com Lacan, quando este, ao reler Freud, vê que, a partir do surgimento do inconsciente, o ser pensante é caracterizado como “desalojado” (BASTOS, 2006). Fink (1998) contribui com uma apreciação feita da obra de Lacan ao dizer que o sujeito lacaniano não é o sujeito consciente e não pode ser confundido com o indivíduo. Afirma que:

Ora, o eu, de acordo com Lacan, surge como uma cristalização ou sedimentação de imagens ideais, equivalente a um objeto fixo e reificado com o qual a criança aprende a identificar, com o qual a criança aprende a se identificar. Essas imagens ideais podem ser constituídas daquelas que a criança vê de si mesma no espelho [...] A imagem do espelho representa, nesse momento, uma aparência superficial unificada semelhante àquela imagem dos pais muito mais capazes, coordenados e poderosos (FINK, 1998. p.56-57).

Freud, apesar de herdar grandes elementos das ciências naturais, em sua obra já sinalizava a presença da linguagem no paradigma psicanalítico quando comparava a “organização do inconsciente com a de certos sistemas de signos (como o alfabeto e os hieróglifos)” (CASTRO, 2009. p.2), além de fazer analogias entre as produções inconscientes e as atividades de poetas ou escritores e ainda com elementos da produção onírica como a condensação e o deslocamento, relativos à metáfora e à metonímia.

Lacan se utilizou da linguística de Saussure, se apropriando de termos fundamentais como os de signo, significado e significante, sendo este o de mais relevância em seus estudos e que se sobrepõe ao significado. Com clareza, certifica em seus escritos que “o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1981, p. 135), é “estruturado em função do simbólico” (LACAN, 1986, p. 22), o que o fez repetir em diversos momentos de seus escritos que o inconsciente é estruturado como linguagem, tornando esse dito como um clássico da sua obra.

A noção de sujeito, ostentada por Lacan, é o que marcará a separação entre o significante e o significado. Quinet (2003) expõe tal fato quando reproduz que o que interessa ao analista sobre o dito do sujeito não é o que a palavra representa, significa, mas, o que dessa palavra se remete ao sujeito, caracterizando assim o significante. Na análise o que se deve considerar não é a

articulação da palavra ao seu significado, mas a articulação entre os significantes, ou seja, o significante prevalece em relação ao significado.

O sujeito para a psicanálise é essa lembrança apagada, esse significante que falta, esse vazio, de representação em que se manifesta o desejo [...] Se o sujeito da psicanálise é o sujeito relativo ao pensamento, esse pensamento não o identifica: o sujeito é não-identificável e por isso pode ter várias identificações, as quais, uma a uma, são desfolhadas em uma análise. Ele se encontra, como diz Lacan, nos intervalos significantes, pois ele assombra a cadeia significante como se diz de uma casa assombrada (QUINET, 2003 p.13).

O sujeito do inconsciente é, portanto, consequência de um laço discursivo que acaba por ser reproduzido em uma relação de transferência (COSTA e POLI, 2006). E isso se dá por que, como diz Lacan, Freud fala de inconsciente estarecido por fenômenos como “tropeço, desfalecimento, rachadura” e, sob esses termos, o inconsciente não é apenas um achado, mas é algo que produz (LACAN, 1964/2008).

Lacan segue retomando o conceito de inconsciente advindo dos estudos de Freud e fala que “o *um* que é introduzido pela experiência do inconsciente, é o *um* da fenda, do traço, da ruptura” (p.33). E, acrescenta que este *um* não está relacionado a um conceito, mas à falta, elemento que, segundo a psicanálise, constitui o sujeito, resultando, destarte,o sujeito do inconsciente.

2.3 Pesquisa em Psicanálise

O início dos trabalhos de Freud, em parceria com Breuer é marcado pelo método catártico, no qual a atenção do enfermo era direcionada para a cena traumática que aparecia em seu sintoma e, a partir de então, se buscava encontrar a fonte do conflito psíquico de maneira a liberar o afeto suprimido, consolidando, por fim, o que se trata o fenômeno da catarse. Contudo, Freud avançou em relação aos estudos de Breuer, uma vez que este preconizava o teor fisiológico das neuroses, fato que o distancia da proposta que contempla a psicanálise em quanto tratamento, qual seja, a cura pela fala (FREUD, 1914).

Alonso (1988) assegura que Freud, ao introduzir o conceito de inconsciente coloca a fala em outro lugar, garantindo que quando fala o sujeito diz mais do que o que se propunha e, conclui que a lógica do consciente há de se romper, tendo em vista que há algo que escapa, quando se fala. Os lapsos,

sonhos, chistes e atos falhos representam as produções advindas disso que foge, se desvanece em meio ao discurso emergente do sujeito em sofrimento.

Nogueira (2004) faz um retrospecto no que diz respeito ao trabalho de Freud, trazendo a tona que este, no exercício de sua prática, tratava seus pacientes usando como instrumento a fala, convidando-os a associar livremente. Essa nova maneira de lidar com sujeitos em sofrimento, seja de qual ordem for, enaltece o método que Freud se utilizava para lidar com seu objeto de estudo, já que a psicanálise se tratava até então de uma pesquisa, garantindo não só um objeto de investigação, mas uma relação entre falantes. A partir disso a psicanálise é colocada em lugar de uma ciência humana, visto que um humano é, também, um ser falante.

Ao se falar em pesquisa a partir do método empírico experimental o que se espera são os diversos elementos que dão garantias ao que se propõe a pesquisar e, comumente há uma separação entre o sujeito que investiga e o objeto que é investigado. A psicanálise, inversamente, não prioriza essa separação uma vez que há, na própria pesquisa, uma relação de transferência, elemento este que acontece entre humanos, entre falantes e se dá de maneira inconsciente. Nessa perspectiva, Nogueira (2004) anuncia que Freud enumerou três pontos em que se pode considerar a psicanálise, quais sejam, como pesquisa, como tratamento e como teoria psicológica, estando os três sempre juntos.

Freud construiu sua teoria, contaminado ainda pela ciência, a partir de experiências vividas em seus tratamentos com as histéricas, observando, criando hipóteses e, através disso, conceitos indispensáveis até os dias de hoje no que diz respeito à psicanálise. Ou seja, fundamentou seus preceitos a partir de uma pesquisa que teve como consequência um novo tipo de tratamento.

A “metodologia” adotada pelo autor na constituição da psicanálise foi bastante variada e revela um procedimento próprio à pesquisa em psicanálise até hoje. Em síntese, para a psicanálise não é o “instrumento” ou a “técnica” que define a qualidade de um trabalho de pesquisa. Pode-se muito bem produzir uma pesquisa em psicanálise a partir de casos clínicos – forma que se tornou tradicional apenas depois de Freud –, mas também pela análise das mais diferentes produções nas quais o sujeito do inconsciente esteja em causa. A obra freudiana é exemplar em seu legado de uma série de estudos culturais e lingüísticos – que indicam a importância de um “além da clínica” –, mas também análises de produções tão idiossincráticas, como, por exemplo, os sonhos, os atos falhos e os chistes (COSTA e POLI, 2006. p.16).

Ao apresentar o conceito de inconsciente com caráter de fundante da teoria psicanalítica, bem como da prática clínica a partir desta, Freud apresenta, também, a importância de se considerar as produções do inconsciente como sendo elementos que marcam a presença de um sujeito, mesmo que este não seja reconhecido (COSTA e POLI, 2006).

Ainda se relacionando ao sujeito do inconsciente, Alonso (1998) se remete à escuta como uma ferramenta imprescindível no tratamento da psicanálise, nesse caso em relação à pesquisa por meio desta, e salienta que é preciso que o analista atente para o que não é dito, para o que está além do dito. Haja vista que, “no alicerce de toda palavra é a pulsão que insiste” (ALONSO, 1998, p.21). Pulsão esta que não é falada, contudo quando é evocada através da palavra procura a satisfação por entre a compulsão à repetição.

A pesquisa em psicanálise procede com base nas regras que a contemplam enquanto teoria e prática, e é regida a partir de dois elementos fundamentais, quais sejam a fala, do sujeito- objeto de estudo, e a escuta do pesquisador em lugar de analista. A metodologia científica em Psicanálise, por se utilizar de conceitos e princípios cruciais de tal teoria, confunde-se com a própria pesquisa, o que nos conclui dizer que “a psicanálise é uma pesquisa” (NOGUEIRA, 2004. p.1).

Costa e Poli (2006) esclarecem diversos pontos em relação às entrevistas na pesquisa referendada pela psicanálise e apresentam a intervenção, a produção e a investigação como um tripé que fundamenta esse instrumento que contribuiu para o desenvolvimento do estudo. A entrevista ocupa um lugar de grande complexidade na pesquisa em psicanálise, justamente por que o objeto a ser investigado tem como característica o fato de ser, também, sujeito.

É de grande valia se levar em consideração o lugar de onde se escuta quando se faz pesquisa em psicanálise. Quinet (2009) assegura que “é o analista com seu ato que dá existência ao inconsciente, promovendo a psicanálise no particular de cada caso” (p.8). Tal assertiva marca o comparecimento de diversos fatores que são primordiais quando se trata de psicanálise, entre eles, o desejo do

analista, a transferência e o fato de lidar com o singular do sujeito em sofrimento.

Conhecendo de onde e o que o analista deve escutar, e tendo como base o sujeito do inconsciente como “objeto de pesquisa”, é inconcebível o descarte da ideia de que:

Operar com o inconsciente implica, pois, a suposição de um saber que “não se sabe”, mas que é suposto. As condições de produção de conhecimento sobre este “insabido” são internas ao campo relacional que o constitui. A isso denominamos em psicanálise “transferência”. Não é, pois, um saber prévio que já estava ali, no “entrevistado”, como um dado a ser colhido pelo “entrevistador”. É algo que se situa num espaço transferencial em que o “insabido” se expressa como formações do inconsciente. Logo, ele inclui o pesquisador na própria formação (COSTA e POLI, 2006, p.17).

O pesquisador, enquanto analista, deve então se distanciar da concepção de se direcionar aos seus “sujeitos de pesquisa”, provido de hipóteses, na tentativa de alcançá-las, uma vez que assim o condutor da entrevista pode acabar por construir suas produções em cima de sua parcela de implicação no objeto a ser estudado, fator que foge dos moldes da técnica da psicanálise, que se contradiz a ideias de “subjetivismos interpretativos” (COSTA e POLI, 2006 p.17).

A psicanálise diz de uma ética, particular, o que faz com que se sobressaia apenas do campo da ciência, lhe dando lugar a uma prática de pesquisa que, realizada em qualquer setting, seja aplicada pura ou nos “extramuros”, faz produzir um sujeito, um “não-objeto”, abordando seus conflitos e questões e não só o descobrindo (POLI, 2008).

Realizar uma pesquisa nos moldes da psicanálise implica, pois, em atuar sobre o inconsciente, considerar a singularidade do sujeito, algo que não é mensurável, no entanto, possível de ser aplicado. "Abordar esse tema demanda sempre que se construam pontes e justificativas, seja para os outros ou para nós mesmos, para a inserção da psicanálise nesse lugar" (POLI, 2008, p.154).

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Desde a sua descoberta, a cientificidade da psicanálise é questionada. Pode-se afirmar que Freud desafiou a ciência, ao apresentar um caráter inovador, em que a teoria e a prática se estabelecem concomitantemente. Considerando os parâmetros científicos de sua época e em razão do seu objeto de investigação, o inconsciente, Freud buscou seguir o princípio metodológico da simultaneidade do tratamento e da investigação, da clínica e da teoria (MAZÊNCIO, 2004).

O presente estudo é resultado de uma pesquisa de campo realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC no município de Campina Grande. A coleta de dados ocorreu no setor de infectologia da instituição a partir de entrevistas com os pacientes internos. O grupo pesquisado foi constituído de seis pacientes soropositivos que estavam sobre internação, em tratamento pelo acometimento do vírus HIV.

O público foi constituído por duas mulheres e quatro homens com idades variadas entre vinte e três e setenta anos. Vale salientar que todos tinham conhecimento de seu diagnóstico e concordaram em participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O número de entrevistados foi delimitado tendo em vista a rotatividade de pacientes internos e que se propuseram a conceder a entrevista. A restrição em maiores números se deu pelo fato de muitos sujeitos se negarem a falar, principalmente pelo fato de se tratarem de pacientes, por vezes, debilitados física ou psicologicamente. Outro elemento que justifica o número é o fato de a pesquisa ser embasada pela teoria psicanalítica que prioriza a singularidade do sujeito, levando em consideração suas produções inconscientes e não apenas a busca por números para alcançar uma meta.

Podemos afirmar, assim, que há um desafio interno ao campo da psicanálise – a renovação/invenção de seu saber e de sua prática, fundada na particularidade de que, para cada analista, como para cada caso clínico, é necessário reinventar toda a psicanálise novamente. Isso porque o saber psicanalítico tem a peculiaridade de ser especialmente suscetível ao recalque, e é graças a isso que se pode operar para buscar, não um conhecimento, mas a posição de enunciação que situa a produção de um saber singular (POLI, 2008. p.155).

Ao se pensar em desenvolver uma pesquisa em psicanálise o pesquisador lança uma questão e não espera resultados generalizáveis, mas as produções que

são consequentes da relação resultante entre o objeto estudado e quem fez a entrevista. No presente caso, a ferramenta utilizada é caracterizada mais como uma escuta do que simplesmente uma entrevista, na qual os entrevistados falaram livremente, uma vez que as perguntas surgiam de acordo com o que era trazido pelo próprio sujeito. Poli (2008) afirma que “é o método que cria o objeto” (p.163), o que implica em dizer que os resultados obtidos são determinantes a partir da maneira como se pesquisa.

Freud, desde estudante foi um ávido pesquisador, e em suas experiências e observações mantinha atenção voltada para a fala de suas pacientes e isso contribuiu para a relevância da psicanálise até os dias de hoje. Nessa perspectiva Costa e Poli (2006) afirmam que na psicanálise não é o instrumento nem a técnica que delimitam os atributos de uma pesquisa, mas as produções que o objeto de estudo apresenta.

Lacan avança nos estudos sobre o inconsciente e dá primazia ao significante no que diz respeito ao discurso do sujeito quando diz:

Se o significante, portanto, é um vazio, é por atestar uma presença passada. Inversamente, no que é significante, no significante plenamente desenvolvido que é a fala, há sempre uma passagem, isto é, algo que fica além de cada um dos elementos que são articulados e que por natureza são fugazes, evanescentes. É essa passagem em um para o outro que constitui o essencial do que chamamos cadeia significante (LACAN, 1999. p.355).

O saber é um elemento imprescindível no que diz respeito à prática da psicanálise, especificamente o saber inconsciente, o que está para além do que é dito. A partir dessa consideração é fato que quem escuta com base nessa teoria deve estar atento ao “além-dito”, aos significantes que se repetem, ao “isso”. Assim sendo, na pesquisa em psicanálise o entrevistador supõe que o entrevistado tenha um saber e possa transmiti-lo, além de ter cautela em relação às hipóteses formuladas, para que estas não gerem resistência e, por consequência não atinja a transferência, sendo estes dois conceitos fundamentais da teoria psicanalítica.

É nesse sentido que, na psicanálise, não se pesquisa para comprovar o que já se sabe. Pesquisa-se, antes, para dar testemunho de um encontro com o real, com esse ponto da experiência que resiste ao saber e que opera pela via privilegiada da transmissão na psicanálise: a transferência[...] Tal precisão

é importante, posto que o autor de uma pesquisa não está na posição de analisante. É como analista que o pesquisador conduz sua abordagem do “fato clínico”, isto é, do real de sua experiência (POLI, 2008. p.171-172).

Considerando os princípios que regem a teoria da psicanálise, bem como sua prática, e prezando pela ética do desejo que esta prioriza, foi elaborado um roteiro de entrevista com alguns pontos que supomos relevantes em uma pesquisa com o público de sujeitos portadores do vírus HIV. O fato de se tratar de uma entrevista pautada pelos preceitos psicanalíticos nos fez pensar em proporcionar além de questões pré-elaboradas um espaço de escuta, para que os sujeitos já inseridos em um contexto tão avassalador pudessem falar tudo o que lhe viesse à mente, como enunciava Freud.

Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, a análise dos dados se deu através da análise do discurso a partir da psicanálise. A definição de discurso que a Análise do discurso pressupõe segundo Borba-Rodegher (2011) é que:

O discurso é o efeito de sentido entre os interlocutores que se materializa na língua, ou seja, o discurso não é o resultado da habilidade do locutor em manejar a língua, mas dos efeitos de sentido que se estabeleceu a partir de determinadas condições de produção (BORBA-RODEGHER, 2011. p.26).

A autora acrescenta que o objetivo da análise do discurso é “tentar compreender como se produz o trabalho simbólico e ideológico na língua, fazendo que nela se produzam sentidos” (p.26). Esse tipo de análise corrobora com a análise de discurso advinda da psicanálise, na medida em que a produção de sentidos está presente, mas não partindo da ideia de uma verdade absoluta e, assim como diz André (1998) “o saber psicanalítico não funciona, em posição de verdade, a não ser, na medida em que opera como saber furado, afetado, por uma falha central” (p.10).

Na pesquisa que se utiliza como método a Análise do discurso, como base para a análise dos dados, o número de participantes se dá a partir de um ponto de saturação. Vê-se então um ponto de divergência no que diz respeito à Psicanálise, uma vez que, “o discurso analítico contesta a ideia de que o pensar seja capaz de saturar o ser” (CABAS, 2009. p.217). A assertiva vai de encontro

com a ideia de que não basta o sujeito pensar para ser, como se diz no modelo cartesiano. E, é nessa perspectiva que os discursos serão analisados aqui, de maneira singular assim como é o sujeito do inconsciente.

O instrumento realizado para a coleta dos dados foi uma entrevista, realizada nos moldes da técnica psicanalítica e fizemos uso do recurso metodológico de um gravador, contudo apenas duas entrevistas foram gravadas, tendo em vista a permissão dada pelos sujeitos. O restante dos entrevistados não permitiu a utilização da ferramenta, mas os discursos foram transcritos logo após as entrevistas, fato que não diminui o valor dos dados, uma vez que estamos levando em consideração o discurso do sujeito inconsciente, ou seja, o não-todo.

4. DADOS E ANÁLISES DA PESQUISA

A presente discussão é marcada pela premissa de que é preciso relevar a ideia de que não há um paciente soropositivo padrão, mas singular, e que o acometimento pelo vírus não inibe o sujeito enquanto ser único, enquanto sujeito do inconsciente. De acordo com o roteiro que foi pré-elaborado, as entrevistas foram, a priori, norteadas a partir de elementos como: o recebimento do diagnóstico, o suporte recebido, expectativas em relação ao tratamento e as mudanças que ocorreram (ou não) após a descoberta do prognóstico. É imprescindível enfatizar que as entrevistas não necessariamente seguiram essa ordem de linearidade de questões abordadas. Utilizamos-nos de pseudônimos, para a garantia do anonimato dos envolvidos da pesquisa.

Manoel (52 anos)

A entrevista de Manoel foi gravada. Ele estava sem acompanhante e não demonstrou nenhuma recusa em relação à entrevista. Em grande parte do seu discurso se refere aos médicos, enfermeiros e assistente social, como elementos que fazem parte do seu tratamento. Logo no início de sua fala apresenta que fez o teste a partir da indicação do serviço social, e foi encaminhado a um médico que o acompanha até hoje. Manoel faz alusão ao médico como este sendo o que lhe faz seguir em relação ao tratamento, juntamente com o trabalho da equipe de

enfermagem. A seguinte fala mostra que isto aparece logo no primeiro momento, quando pergunto o que o levou a fazer o teste:

Aí vem fazendo vinte anos que eu me interno com o doutor José de Araújo. Aí pego o remédio todo mês com dr. José de Araújo e quando dá as crises que eu tô passando mal eu venho. Passa um ano, passa sete meses, dez meses, conforme o tempo. Aí quando dá as crises eu venho de novo, me interno, as meninas tratam de mim, eu fico bom, e quando fico com o vírus eu venho e vou me embora de novo.

Quando lhe questiono sobre como é para ele o tratamento, mais uma vez ele volta sua fala para a equipe profissional da saúde:

Muito bom. Muito bom mesmo. Como é bom, com os doutor lá, que eu me trato com o dr. José de Araujo, como aqui. Aqui ainda é melhor do que lá aonde eu me trato. Lá é consulta e aqui é internamento, é muito bom. As meninas, boa limpeza, tudo aqui é limpo, bom tratamento, tem remédio, tratam a gente bem, cuidam da gente muito bem, elas, graças a Deus não tenho do que falar das meninas não.

Tudo o que elas me ensinam, o doutor vem, vem um, vem outro. Olham a gente, escutam a gente, A cada tratamento que eu faço eu acho mais melhor, graças a Deus. Tô bem. Do tratamento eu não posso falar prestam atenção. Vai mudando o remédio e vai melhorando p/ gente.

No que diz respeito às mudanças que ocorreram na sua vida após o tratamento:

Mais melhora. A cada tratamento que eu faço eu acho mais melhor, graças a Deus. Tô bem. Do tratamento eu não posso falar nada. Tudo o que elas me ensinam, o doutor vem, vem um, vem outro. Olham a gente, escutam a gente, prestam atenção. Vai mudando o remédio e vai melhorando pra gente.

Partindo dos princípios psicanalíticos é inconcebível não elencar aqui o conceito de transferência no discurso de Manoel, uma vez que Freud enunciou em 1912 que “é normal e compreensível, portanto que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão, também se volte para a pessoa do médico” (FREUD, 1912/2011. p.136).

No decorrer da entrevista, ao perguntar se teve algum suporte recebido após o recebimento do diagnóstico, ele diz que não o teve e que nunca contou à família, e que só quem sabe são os profissionais da saúde.

Eu falo assim pra vocês que trabalham na saúde, os meninos que se internam aqui comigo, as meninas daqui da enfermaria. Os doutor que vai botar a mão em mim lá no meu lugar, quando vou arrancar um dente eu aviso aos

doutor. Tenho uma dor de cabeça, qualquer coisa que vai botar a mão em mim, uma injeção, qualquer coisa que vai botar a mão em mim eu digo: “olhe, bote luva na mão que eu tenho esse problema, eu tô dizendo a você, mas não quero que você diga a ninguém, que o lugar é pequeno”, aí eles dizem: “não, pode deixar que a gente tá aqui é pra trabalhar pra vocês mesmos, o que a gente vê, fica pra gente mesmo, não vou sair dizendo não”, e eu digo: “é, por que o senhor sabe que o lugar é pequeno”.

Ao lhe questionar como é para ele o fato de ele não compartilhar com ninguém sobre sua condição de saúde responde que:

[...] no meu lugar até hoje eu nunca abri a boca, há mais de vinte anos, eu nunca abri a boca pra dizer a ninguém. Nem colega, nem colega, nem a irmão, nem a família nenhuma, a ninguém pela minha boca não sabe, nunca. A não ser as meninas da secretaria, as meninas que trabalham na secretaria aí eu aviso a elas: “eu tenho esse problema, vocês fiquem sabendo”. Tem umas que nem sabem, dizem: “o quê, seu Paulo, o senhor tem isso?”, e eu digo: “tenho”, “ah, pois há esse tempo todinho eu não sabia”, “é por que eu não gosto de dizer a ninguém não, eu tô dizendo a você, que trabalha aqui na secretaria, é enfermeira, doutora, aí eu aviso a vocês, mas...”.

Em relação às mudanças na sua vida depois que recebeu o diagnóstico, ele interrompe respondendo:

Eu mesmo mudei muita coisa, mudei por que eu não levo sereno, não levo chuva, não tomo água quente, não tomo banho, não passo noite na rua, não sereno, não fumo, não bebo. Toda vida eu não bebia, não fumava. Saia na rua, mas depois que veio uma doutora de João Pessoa lá no meu lugar me chamou pra conversar, ela veio de lá falar comigo de João Pessoa no meu lugar e aí a gente ficou conversando e disse “Olhe, você não tome sereno por que não é bom, não perca noite de sono e quanto mais evitar as coisas é melhor mode a pneumonia, por que a pneumonia traz muita coisa errada, puxa muita doença”. Aí pronto eu não faço, quando dá sete horas eu já tô deitado no meu canto, só me levanto no outro dia, não levo sereno nem nada, não tomo banho toda hora, eu faço toda dieta, tudo o que o doutor manda direitinho eu faço.

Na segunda tópica de Freud ele traz a repetição, um dos conceitos fundamentais na psicanálise, articulado à transferência. Neto (2010) faz retorno a Freud quando diz que o paciente “repete inibições, atitudes inúteis, traços patológicos de caráter, sintomas durante a análise” (NETO, p.17) e, quando faz alusão à transferência caracterizando-a como algo que representa o investimento libidinal direcionado à pessoa do terapeuta. Em relação à maioria dos pontos em questão, quais sejam o recebimento do diagnóstico, o tratamento, o suporte e as mudanças na vida, vemos que no discurso de Manoel há uma referência em

relação à pessoa do médico e a toda equipe de saúde como representação desse saber.

A repetição no que diz respeito à exaltação que dá equipe de saúde pode representar a via que ele encontra para lidar com esse real e, já que se recusa a falar para amigos e familiares, acaba por transferir seus conflitos para os que “remediam” seu estado de saúde, com os tratamentos.

Quando pergunto sobre o que espera do tratamento, fala:

Eu espero ter melhora com o tratamento. E agora tão nos EUA já têm umas vacina que tão testando, já tá dando certo. Eu espero que chegue agora, desse ano pra o outro chegar, se Deus quiser.

A fala acima faz referência à expectativa de Manoel em relação ao tratamento, mas ainda assim, traz, implicitamente - podemos falar aqui em inconsciente, a espera pela cura a partir das vacinas que estão testando, fazendo alusão a algo ou alguém que pode reverter seu quadro e curar-lhe. Tal fato faz menção ao que Freud (1912) afirma em relação à transferência quando traz que esta é produzida por expectativas conscientes e inconscientes.

Luiz (64 anos)

A entrevista também foi gravada. O paciente estava acompanhado do filho que saiu do quarto no momento da entrevista. Inicia sua fala justificando sua internação por ter sido contaminado pelo vírus. Quando lhe questiono sobre o que o levou a fazer o teste ele relata sobre todo o percurso da doença, desde quando começou a perceber os primeiros sintomas e segue falando que há pouco tempo perdeu sua esposa, também portadora do vírus. Ambos fizeram o teste e assim esclarece:

Quando o médico lá descobriu aí foi e disse “o senhor vai agora de meio dia pra Campina”, aí arrumaram tudo, quando mandaram eu vim eu vim acompanhado com um filho meu na ambulância. Aí quando cheguei aqui elas prepararam ali a ficha. Quando chegou aí o médico disse “o senhor vai ficar aqui. Essa cama é a sua e essa outra é da sua esposa que tá chegando”.

Luiz chora e prossegue:

Aí foi um impacto muito grande para mim, mas... aí ela chegou, muito alegre e bem tranquila. Aí o médico chegou e disse “olha, eu queria fazer o seguinte, eu tô colocando vocês dois num canto só, um casal, só basta uma companhia, só um acompanhante dá p/ os dois, o outro pode voltar, quando passar um dia ou dois lá, vocês quem sabem quem vem e fica um acompanhando o outro”. Só que os problemas da minha esposa eram mais graves, ela tava com o mesmo problema, mas começando, mas já com outros problemas anteriores e juntou tudo e só passou três dias e faleceu.

No que diz respeito ao suporte recebido após a descoberta do diagnóstico:

Ah, pra mim foi uma decepção. Eu não esperava que isso ia acontecer comigo e na família, né? Mas todo mundo, vieram minha família toda de lá de Serra Redonda. Aí logo disseram “ó, faça de conta que isso daí não existiu, o senhor não pense isso não, pense agora daqui p/ frente na sua saúde e a de mãe. Mãe veio, mas não teve resultado por que o caso dela só não era esse, já tava agravado a uns cinco anos e ela não queria se cuidar e a gente levava. Ela não queria fazer os exames positivos, certos, né?” Aí eu tive essa decepção, eu não esperava. Para mim foi uma vergonha, que eu sempre fui um marido muito honesto, 45 anos de casado e...Mas, tudo acontece...

Continua:

Aí isso que eu arranjei foi depois que eu vim em casa e não podia ter arranjado, mas podia ter sido lá fora, se por acaso, mas veio depois que eu tô em casa há uns quatro anos, por aí assim. Aí nesse período que eu tive em casa, aconteceu uma vez ou duas, e era uma coisa que parece que tava esperando, aí veio.

Em relação ao que “tava esperando”, Luiz se refere ao contágio do vírus, quando diz:

Esse caso dessa doença que eu não sei... Só pode ter sido alguém que colocou em mim e eu tenho certeza, se colocou em mim eu não coloquei em mais ninguém, por que, eu não sei...(...) Alguma pessoa que eu não tinha nem bem conhecimento, não sei nem se a pessoa eu vendo eu conheço. Assim, a gente sai lá pra fora, às vezes até fizemos outra coisa, uma diversãozinha, se não foi diversão, a gente saiu, um passeio, e pode ter acontecido de ter pegado essa coisa, mas que não acho que... teve um impacto tão grande, por que além de... eu já vinha esperando a mulher a qualquer hora por que o médico tinha dito “ó, vocês não esperem nada bom não, por que esse tratamento dela tá sem sucesso. Nós vamos tratar até o fim por que é a obrigação, mas que não tem mais prosperidade não”.

Dias (2002) afirma que os sujeitos portadores do vírus da AIDS podem querer se refugiar de sua condição, em meio a tantas perdas, e, “ao saber que

estão contaminados, praticam sexo com o maior número possível de parceiros, fazendo questão de transmitir a doença” (p.178). Tal assertiva não nos dá garantia para associar o discurso de Luiz a esse imperativo, mas em pensar que uma vez tendo conhecimento do diagnóstico, o sujeito se torna responsável por contagiar o parceiro e isso se dá a partir de uma “reação narcísica, regida pelo princípio de que a vida acaba para todos, uma vez que ela se coloca em risco para ele” (p.178).

Quando chora ao falar da morte da esposa, percebe-se que além das perdas que a doença proporciona, Luiz se vê diante uma perda no real e se culpabiliza por isso. Encontramos em sua fala elementos que nos levam a crer que o que o envolve é um processo de luto. Em nota de rodapé do seu texto *Luto e melancolia*, Freud assinala que o termo alemão *Trauer*, se refere a “luto” e significa tristeza (1917/1915/2010).

O luto, para Freud, se caracteriza por ser um processo natural em qualquer perda. Nesse fenômeno de perda vê-se que o “objeto amado não mais existe, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto” (FREUD, 1917/1915/2010, p.173). É natural na medida em que o sujeito consegue distinguir o que foi perdido e consegue elaborar a perda de maneira saudável, não chegando à melancolia.

Luiz demonstra em seu discurso essa elaboração, tanto em relação à morte da mulher, quanto ao seu acometimento com o vírus quando diz:

Mas, vai passando né? Isso faz parte da vida, não é coisa que eu queria nem pra mim nem pra ela, nem pra nenhum da família, não queria passar por essa decepção, por que pra mim foi uma decepção. Nunca foi de conhecimento da família, eu criei oito filhos e todos eles nunca passou por nenhuma decepção assim “ah, meu pai deu desgosto a minha mãe, pra dizer: eu vi ele com uma mulher, eu vi isso...” não, isso foi o mais oculto possível e aconteceu. Quando é pra acontecer não tem volta não.

O desprazer é inevitável, mas o que de fato ocorre é que quando o trabalho do luto é elaborado o Eu fica livre novamente e o mundo do sujeito que quando perde se torna pobre e vazio, volta a ser como era antes.

Socorro, 70 anos

A entrevista de Socorro, bem como as que serão apresentadas a seguir não foram gravadas, mas transcritas logo após o término. Ao perguntar sobre a possibilidade de me conceder a entrevista ela diz que não pode falar muito por conta do cansaço, mas não se recusa a prosseguir. Quando lhe questiono sobre o porquê de estar ali, Socorro me responde dizendo que está internada por causa de uma obstrução decorrente de uma fumaça da padaria que tem em frente a sua casa. Interrogo sobre o tempo que ela tem essa “obstrução” e me responde dizendo que tem há dez anos e que se interna sempre que tem crise, justificando que isso ocorre “*por conta da fumaça, do lixo, de borracha, de tudo*”.

Logo de início percebe-se uma estranheza no discurso da entrevistada, contudo, como diz Alonso (1998) “do lugar do analista se escuta tudo, para poder escutar alguma coisa” (p.23). Em vista disso e pela fala brevemente desconexa que Socorro apresenta, poder-se-ia, a partir do conhecimento acerca dos fenômenos que supõem um desencadeamento, pensar em um caso de psicose, mas, era preciso escutar mais.

O termo psicose aparece nos escritos de Freud como uma das três estruturas clínicas que ele introduz em sua teoria. Ele se detém ao estudo da psicose em sua experiência no “Caso Schreber”, mas não se aprofunda muito, dando maior relevância ao estudo das neuroses. Lacan, anos depois, ao dar continuidade ao estudo da psicose, se apropria do tema e se detém, a estudar sobre, caracterizando a psicose como a estrutura clínica a partir da operação da forclusão da metáfora paterna (EVANS, 2003).

Ao levar em consideração os enunciados do autor acima citado pode se dizer que como, na presente discussão, estamos nos tratando do sujeito do inconsciente, é importante ressaltar que quando se fala em psicose, logo pode se pensar em um buraco na ordem simbólica, o que não quer dizer que o inconsciente se torne inexistente. Pelo contrário, Lacan diz que na psicose “o inconsciente está presente, mas não funciona” (p.1).

Socorro, ainda se relacionando ao motivo pelo qual está ali, acrescenta que a fumaça que sai da padaria atinge mais a ela do que às outras pessoas e questiona não saber o motivo pelo qual o dono da padaria faz isso com ela. Segue falando que já reclamou com ele sobre essa situação, mas não tem jeito.

Percebendo o discurso de Socorro pela via da psicose, podemos, pois, pensar que seria, neste caso, um delírio de cunho persecutório?

Ao fim da entrevista questioneei à enfermeira sobre o quadro de Socorro e esta me relata que “*ela é assim, não tá falando nada com nada*”. Pergunto se sua medicação tem algum efeito alucinógeno, tendo em vista seu discurso confuso, e ela diz que não, o que nos leva perceber mais um ponto que supõe a hipótese de uma psicose no caso da entrevistada. Pensando por essa via e analisando a relação entre AIDS e saúde mental, vale salientar que:

As pessoas com distúrbios mentais constituem uma população extremamente vulnerável às DST/HIV em função de condições que lhes são próprias. Segundo Lentetal, destaca-se por tratarem de sujeitos à exclusão social, restringindo seu acesso à informação e a referências comunitárias; por estarem expostos a constantes violações de direitos humanos; em sua maioria mantêm vida sexual ativa, dentro e fora das instituições (CARVALHO et al, 2004. p. 53).

Socorro não se delonga em sua fala, relata que mora com um filho e que este “*não lhe deixa faltar nada*”. Segue falando que está cansada e se recusa a prosseguir com a entrevista. A da estrutura clínica de Socorro não está sendo aqui determinada, mas apenas apontada hipoteticamente, tendo em vista a maneira como se deu seu discurso, com interrupções, desconexo e apresentando-se de forma confusa.

Pedro, 70 anos

Pedro se encontrava internado há vinte e dois dias e relata que fez o teste há sete anos por causa de muitas dores que sentia, “*no corpo todo*”. Anuncia que ao receber o diagnóstico não se sentiu bem e ficou chateado com a família; não acrescenta mais informações a respeito disso e chora. Ao retomar a fala diz que hoje em dia já recebe o apoio da família, aludindo que “*toda a família coloca a mão em mim*”, e isso lhe deixa bem.

Ao questionar sobre o tratamento ele afirma que este deixa sua vida melhor, que apesar de continuar sentindo dores acha “*bom*”, mas que não espera ficar bem. Quando pergunto sobre esse seu dito, de não esperar ficar bem ele recua e se nega a falar mais sobre. A entrevista acaba, portanto, naquele momento.

Percebe-se que o discurso de Pedro envolve certo tipo de negação em relação à doença, mais especificamente em relação à cura. Os fenômenos que podemos citar, à vista disso, presentes em sua fala são os depulsão de morte e negação, fundamentalmente por que caminham juntos, vê-se isso quando Freud diz que “a afirmação – como substituto da união – pertence a Eros, a negação – sucessora da expulsão – ao instinto de destruição” (FREUD, 1925/2011. p. 281).

Negar algo num juízo é dizer, no fundo: “Isso é algo que eu gostaria de reprimir”. O juízo negativo é o substituto intelectual da repressão, seu “Não” é um sinal distintivo [...] Através do símbolo da negação, o pensamento se livra das limitações da repressão e se enriquece de conteúdos de que não pode prescindir para o seu funcionamento (p.278).

O “não” pronunciado por Pedro quando fala da expectativa do tratamento pode advir das representações sociais que o vírus HIV expressa ou, não tão distante disso, surge da ideia exposta por Freud quando afirma que “o conteúdo reprimido de uma ideia ou imagem pode abrir caminho até a consciência, sob a condição de ser negado” (FREUD, 1925/2011. p. 277).

Pedro interrompe sua fala, se recusando a continuar “dando informações”, haja vista que suas respostas de davam solicitamente. Tal fato pode se dar mais uma vez como negação, sendo este um significante que se repete durante toda a entrevista, de maneira inconsciente.

Dora, 23 anos

Ao perguntar o motivo pelo qual está internada, Dora responde que é pelo fato de estar com “calazar” e tuberculose. Questiono, então, desde quando ela se apresenta assim e me diz que há sete anos, e acrescenta dizendo “*peguei de um amigo, ele estava tossindo muito*”. Dora se mostra aparentemente angustiada e bastante inquieta. Após falar sobre de onde veio, idade e informações pessoais deixa subentendido que é portadora do vírus HIV. A partir daí relata que ao receber o resultado do exame: “*foi muito difícil por que os amigos se afastaram*”, “*em casa, meu irmão tem preconceito, não queria me aceitar*”.

No que tange o tratamento, afirma ter decidido fazer por causa dos filhos, mas que não gosta. Segundo ela, não toma o remédio sempre, e diz “*é ruim, eu vomito, só tomo por que tem que tomar*”. Queixa-se do tempo que está internada e se lamenta, em vários momentos, por estar longe dos seus filhos e sobre o fato de os amigos terem se afastado. As repetições dessas queixas durante o desenrolar de sua fala fazem perceber uma insatisfação em relação a sua condição de tratamento.

O discurso de Dora pode ser percebido como um relato envolvido por intenso sofrimento, no qual se apresenta “presa” ao diagnóstico, uma vez que se queixa de o irmão não aceitá-la, sente pela distância dos amigos, e faz o tratamento unicamente pelos filhos, ou seja, se isenta de sua condição. O fato de o processo ser “tão ruim e lhe fazer vomitar” pode ser relacionado ao que Freud diz em 1930 quando traz:

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos (FREUD, 1930/2010. p. 31).

No caso de Dora, pode-se frisar o sofrer exatamente dos três lados. No primeiro, pois responde no real do corpo o fato de ter se contaminado por um vírus que acarreta em várias perdas e incertezas. No segundo lado pensando o mundo externo como a sociedade e os consequentes estigmas que decorrem dela em relação à AIDS. E, especialmente, no terceiro lado, no qual, para ela houve uma interdição na sua relação com os seres humanos, aqui amigos e irmão, e que segundo Freud é o sofrimento mais doloroso.

Pensando o sofrimento associado a um estado de angústia, como assim mostrava Dora, vale salientar que de acordo com Andrade (2009) “a angústia existe ante o perigo de não ser socorrido ou de ser abandonado” (p.227). Tal dito vai de encontro com o que a entrevistada deixou escapar em sua fala, quando acusa seu desconforto ao falar das pessoas que fazem, ou faziam, parte de sua vida.

Ao citar Freud, o autor relata que para a psicanálise a dor nasce sempre de um transtorno do eu, e encontramos outro dito de Freud que ressalva isto:

A patologia nos apresenta um grande número de estados em que a delimitação do Eu ante o mundo externo se torna problemática, ou os limites são traçados incorretamente; casos em que parte do próprio corpo, e componentes da vida psíquica, pensamentos, afetos, nos surgem como alheios e não pertencentes ao EU; outros, em que se atribui ao mundo externo o que evidentemente surgiu no Eu e deveria ser reconhecido por ele. Logo, também o sentimento do Eu está sujeito a transtornos, e as fronteiras do Eu não são permanentes (FREUD, 1930/2010, p.17).

O discurso de Dorapode apresentar uma série de conflitos no que diz respeito a seu lugar de portadora do vírus da AIDS, seja em relação a sua família, seja em decorrência ao social. Contudo, pode se pensar em um conflito pulsional, na medida em que, ao mesmo tempo em que faz o tratamento, denega-o quando vomita a medicação.

Davi, 59 anos

Davi inicia sua fala relatando que está ali por causa do vírus e que há onze anos descobriu, pois, como ele diz “*a mulher tava se sentindo muito mal*”, e então os dois fizeram o exame. Afirma ter ficado tranquilo quando recebeu o resultado, pois “*não tinha do que se desesperar*”. Enquanto fala faz alusão a uma passagem bíblica que diz que é preciso ter “*Fé, amor e paciência*”. Acrescenta que esta é a primeira vez que se interna e o motivo é o fato de “*está se sentindo fraco, com dores nas pernas*”.

Em relação ao suporte assegura que a família o apoia. No que diz respeito a mudanças na vida ou no corpo diz que não houve, contudo no corpo da mulher foi que o “*bumbum*” diminuiu. Acha o tratamento bom e espera que Deus abençoe toda a equipe.

A posição de Davi no que concerne ao recebimento do diagnóstico representa um “*não-comum*” ao que se pensa em relação ao prognóstico da AIDS. Em nenhum momento diz sofrer ou apresenta queixas ao seu estado de saúde, contrariamente “*não tinha do que se desesperar*”, se remetendo a um Outro representado pela religião, que em muitas vezes abre espaços para que o sujeito consiga lidar com o real, no caso deste com o acometimento do vírus HIV.

Pode-se pensar por essa via, ainda, ao retornarmos a Freud em *O mal-estar na civilização*, quando diz que “por um lado, a religião é aí colocada em oposição às duas maiores realizações do ser humano; por outro lado, afirma-se que ela pode representar ou substituir ambas, no que toca o valor para a vida”(FREUD, 1930/2010. p.28). As duas maiores realizações do ser humano dizem respeito, pois, à ciência e à arte. No caso de Davi a substituição que a religião representa é a da ciência, justamente pelo fato de seu acometimento se tratar de algo que a própria ciência não dá conta, já que o tratamento não garante a cura.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico da AIDS, como já elucidado, é repleto de representações e marca o sujeito acometido pelo vírus em diversos âmbitos, seja no orgânico, no social ou no psíquico, sendo este o que demos primazia nesse estudo. Foi, pois, na perspectiva de escutar os “sujeitos aidéticos” e suas questões, independentemente do diagnóstico que carregam que o estudo se constituiu.

O fato de a análise dos discursos ser balizada pelo viés da psicanálise, nos fez lançar mão de uma proposta desprovida de qualquer conhecimento prévio do que encontraríamos nas falas de cada participante. As hipóteses não foram determinadas anteriormente à “coleta dos dados”, mas advindas das análises, a partir de suposições, acerca de cada caso.

Utilizamo-nos de uma diversidade de conceitos providos da teoria psicanalítica, especialmente pelo fato de poder observar o além-dito de cada sujeito que se pronunciou, além de priorizar a análises de maneira singular, garantindo a primazia do inconsciente. Não foi possível fechar hipóteses em relação aos casos, pois, estamos nos tratando aqui de entrevistas realizadas em um contexto hospitalar, uma única vez, e interferidas por ocorrências externas, que nos fugiram do controle, como a interrupção por parte da equipe de enfermagem, bem como dos próprios acompanhantes dos pacientes.

O desfecho do estudo nos faz pensar, portanto, não em resultados concernentes a generalizações ou comparações, mas em produções, observadas a

partir de uma relação entre falantes, tendo em vista um método que garante essa relação contemplada pela ética da psicanálise. Apesar de algumas entrevistas terem se dado em um curto espaço de tempo, não nos faltaram elementos para pensar sobre cada caso, uma vez que o inconsciente é atemporal e suas manifestações se dão a partir da repetição, conceito fundamental da teoria.

Apresentamos “dados” recorrentes de: um sujeito que pode ter encontrado como via, para lidar com o real que a AIDS representa, a relação existente com a equipe profissional saúde, tenho em vista o fato de não compartilhar com outras pessoas sobre seu quadro de soropositividade; de outro em processo de elaboração de luto tanto pela morte da esposa, quanto pelo seu estado de saúde; de uma, supostamente, psicótica, haja vista seu discurso visto como delirante; de um sujeito entregue ao diagnóstico, rígido em relação às expectativas de cura; de uma mulher em estado de angústia, deixando claro em seu discurso o sofrer advindo após o recebimento do prognóstico; e, por fim, de um que se sobressai e não se queixa de perdas possivelmente consequentes da patologia, se referindo à palavra divina como fonte de perspectiva de cura.

A guisa de conclusão, pensando nessa expressão não marcada por resultados, mas como uma construção consequente de uma experiência analítica, podemos elencar que o único fator comum a todos os participantes dessa pesquisa era o diagnóstico da AIDS e suas condições de tratamento da patologia, ainda assim com seus impasses, tendo em vista a incompletude inerente ao humano e seu lugar enquanto ser único.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome, popularly known as AIDS, is a pathology known through unprotected sexual relation as one of the ways of infection is historically marked by prejudices and stereotypes. The fact of the uncertain prognosis for cure and also generate some impacts on the subject when receiving the diagnosis, puts the person in front of uncertainties about life, which can lead to a mental disorder, given the commitment of body defenses and as a result, a pre-announcement of death. This study is a qualitative research countersigned from psychoanalysis. The audience of the study is contemplated for patients who were hospitalized in the Infectious Diseases section of the Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC in Campina Grande - PB. Made a brief explanation about AIDS and its representations, we will deal with how psychoanalysis postulates the constitution of unconscious as well as the subject, like the changes in this new paradigm of research in this perspective. Used to analyze the data collected in listening to respondents discourse analysis aimed at significant and each speech will be analyzed singularly, in view of the subject of the unconscious that is prioritized in psychoanalysis. The results showed that although all respondents having a diagnosis of HIV as a common point, subjects that suffer and presents up against this prediction your own unique way, beyond the stigma that marks while patients with the syndrome AIDS.

Key words: HIV; Subject; Psychoanalysis.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, Silvia Leonor. **A escuta psicanalítica.** Revista Percurso, n.1. p.20-23, 1998.
- ANDRADE, Luis Francisco Gonçalves de. **A linha e o ponto: o caminho desde Freud.** João Pessoa: Idea, 2009.
- ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BASTOS, Claudio Rosa. **O sujeito no primeiro ensino de Lacan: Lacan e o descentramento do cogito cartesiano.** Belo Horizonte, 2006.
- BORBA-RODEGHER, Patrícia Laubino. **A escrita na psicose.** Tese de doutorado –UFPB. Porto Alegre, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde.**Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais.** Disponível em :<http://www.aids.gov.br/aids>, acesso em: 11 de julho, 2014.
- CABAS, AntonioGodino. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan.**Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- CARVALHO, Carolina Maria L; BRAGA, Violante Augusta B; GALVÃO, Marli Teresinha G.**AIDS e Saúde Mental: Revisão Bibliográfica.** DST – J bras Doenças Sex Transm16(4):50-55, 2004.
- CASTRO, Julio Cesar Lemes. **O inconsciente como linguagem: de Freud a Lacan.** Cadernos de Semiótica Aplicada. Vol. 7.n.1, julho de 2009.
- COSTA, Ana; POLI, Maria Cristina. **Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise.** Pulsional - Revista de psicanálise. p. 14-21. Ano XIX, n. 188, dezembro, 2006.
- DIAS, Mauro Mendes. **AIDS.** Escola de Psicanálise de Pesquisa. Impulso, n.32 p. 175-180. Outubro, 2002.
- EVANS, Dylan. **PSICOSE.** Do dicionário introdutório da Psicanálisis Lacaniano. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo.** – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- FREUD, Sigmund. _____ **A dinâmica da transferência(1912).** In: FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schereber”), artigos sobre técnica e outros textos. Obras completas v.10. 1º edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____ **Contribuição à história do movimento Psicanalítico (1914).** In: Freud, S. Totem e Tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos. Obras completas v. 11. 1º edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

_____ **Luto e melancolia (1914/1915)**. In: Freud, S. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. Obras completas v. 12. 1º edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ **A negação (1925)**. In: Freud, S. O eu e o id, “autobiografia” e outros textos. Obras completas v. 16. 1º edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____ **O eu e o id (1293)**. In: Freud, S. O eu e o id, “autobiografia” e outros textos. Obras completas v. 16. 1º edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____ **O mal-estar na civilização (1930)**. In: Freud, s. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos. Obras completas V.18. 1º edição. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____ **O Narcisismo (1914)**.ObrasPsicológicas–Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ **Uma dificuldade no caminho da psicanálise**. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: v.17:.. Tradução e direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 169-182.

LACAN, Jaques. _____ **O seminário, Livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1981.

_____ **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente**. Riode Janeiro: Jorge Zahar. 1999.

_____ **O seminário, Livro 7: A ética da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____ **O seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 2 ed. Riode Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MAZÊNIO, M. S. **Metodologia e Pesquisa em Psicanálise: Uma questão**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte,v.10, n. 15, p. 104-113, junho, 2004.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. **A pesquisa em Psicanálise**. Psicol. USP vol.15 no.1-2 São Paulo Jan./Junho 2004.

NETO, Esperidião Barbosa. **O conceito de repetição na psicanálise freudiana: Ressonâncias clínicas na re-elaboração simbólica do repetido**. Recife, 2010.Disponívelem:http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=302

OLIVEIRA, Sidney Nilton; BIANECK, DesiréeVarella.**Sida e Morte: Algumas reflexões a partir da Psicanálise**. Revista AdVerbum 3 (2) : pp. 138-143. Ago a Dez de 2008.

POLI, Maria Cristina. **Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa**. Estilos da Clínica, 2008, Vol. XIII, nº 25, 154-179.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 1951. – 2. ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____ **As 4+1 condições da análise.** 1951 – 12.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

VIEIRA, Fabiano de Mello. **A Caracterização do Sujeito Freudiano a Partir do Conceito de Trieb.** Revista AdVerbum 5 (2): Ago a Dez de 2010.