

PESSOAS VIVENDO COM AIDS: CORPOS MARCADOS?

Antônio Carlos Borges Martins¹

RESUMO

Este artigo buscou discutir a problemática da convivência das pessoas acometidas pela Aids com as marcas físicas nos seus corpos. Trata-se de um estudo bibliográfico que tem como fundamentação teórica a Psicanálise, acrescido de breves referências a percepções clínicas. A investigação revelou algumas das dificuldades e dos desafios vividos por sujeitos em tratamento, e ainda salientou elementos da teoria psicanalítica capazes de contribuir para que tais sujeitos possam, a seu modo, lidar melhor com aquela situação.

PALAVRAS-CHAVE: Aids. Psicanálise. Narcisismo. Corpo.

ABSTRACT

This article seeks to discuss the problematic of HIV infected coexisting with physical marks on their bodies. It is a bibliographical study based on psychoanalysis and a brief reference to climatic perceptions. The study has shown some of the troubles and challenges patients have and also pointed out Psychoanalytic Theoretical elements that can contribute to each one deals better with that situation.

KEY WORDS: Aids. Psychoanalysis. Narcissism. Body.

INTRODUÇÃO

Atualmente, um número significativo de pessoas vive há mais de 15 anos infectado pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sem, no entanto, tais indivíduos apresentarem as doenças relacionadas à emergência da Aids².

O sistema imunológico forte parece ser um dos fatores que contribuem para a existência desse grupo significativo de sujeitos, mas é imprescindível também se pensar na questão da aposta e do investimento na vida feitos por eles.

A partir de 1995, com as Terapias Anti-Retrovirais (TARV), o viver com HIV/Aids tomou novos rumos. Em muitas Unidades de Serviço de Atendimento Especializado (SAE), a adesão ao tratamento passou a ser discutida, incentivada e, dentro do possível, monitorada através de equipes de profissionais de saúde e de grupos de PVHA³. Muitos sujeitos infectados pelo vírus passaram a elaborar projetos, a investir em novos empreendimentos, a se redescobrirem ou descobrirem enquanto cidadãos e começaram a luta por melhor qualidade de vida, e assim, continuarem ou começarem a exercer profissões, a lutarem também pelos direitos de ser mãe ou pai.

¹ Psicólogo Clínico, licenciado em Ciências, Filosofia e Psicologia. Especialista em Filosofia Moderna e Contemporânea. Mestre em Psicologia e em Letras (CES/Juiz de Fora). Professor de Psicologia do Instituto Superior de Educação de Santos Dumont/MG.

² AIDS. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Utilizaremos neste artigo a palavra Aids devido ao uso popular da sigla AIDS. Vale registrar, o Brasil é o único país latino-americano que usa a sigla norte-americana AIDS e não SIDA.

³ PVHA – Pessoa vivendo com HIV/AIDS ou pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Enfim, as pessoas, mesmo com a sorologia positiva para o HIV, dentre inúmeros outros direitos, possuem vontades, necessidades e, sobretudo desejos de vida.

E nessa luta, desde o início da epidemia, as PVHA puderam dispor do apoio e da solidariedade prestada pelas ONGs e por grupos de voluntários. Portanto, compreende-se que esforços pessoais e comunitários na luta contra a Aids se fizeram, desde o primeiro momento, extremamente necessários, ou seja, a questão da Aids é uma questão do sujeito, mas ela convoca o coletivo, convoca o outro.

1 Aids, Corpo e Narcisismo

A alteridade é de fundamental importância na constituição do humano, pois é através da relação com o outro que tal constituição se realiza. A primeira alteridade com que o ego (o eu), esse grande reservatório da libido (energia que move a dinâmica psíquica), precisa se confrontar é com seu próprio corpo, pois ele abre o caminho para os demais objetos.

É no corpo que o ego irá marcar suas aventuras ao longo do percurso da vida, o que mostra inclusive a dependência essencial do segundo para com o primeiro. Dependência que aparece inclusive no modo como o ego é constituído. Todavia, essa relação apresenta dificuldades desde o início e assim,

[...] vemos em linhas gerais, uma antítese entre libido do ego e libido objetal. Quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia. A libido objetal atinge sua fase mais elevada de desenvolvimento no caso de uma pessoa apaixonada, quando o indivíduo parece desistir de sua própria personalidade em favor de uma catexia objetal [...] (FREUD, 1974, [1914], v. XIV, p. 92).

Recorda-se de percepções clínico-psicanalíticas, na segunda metade da década de 1990, quando da escuta de mulheres infectadas pelo HIV, tendo sido a via de contaminação relações sexuais sem proteção, com um único parceiro. Essas mulheres afirmavam suas dificuldades em adotar medidas e posições de autoproteção, antes e depois de seu diagnóstico de soropositividade para o HIV. Certamente, com esse comportamento, lançavam seus corpos num jogo que poderia resultar em uma recontaminação.

Perguntava-se: O que estaria acontecendo com aquelas mulheres? Estava-se diante de mais uma faceta da violência sexual ou doméstica? Havia cumplicidade, passividade ou mesmo um consentimento delas naquela situação? Seria possível pensar a questão excluindo dela os elementos culturais ali presentes? Mas, se existiam elementos culturais atuantes nas suas dificuldades, quais seriam e como agiam? Levantavam-se tais questionamentos pelo fato de não se perder de vista

aquilo que foi próprio da pesquisa de Freud: entender que, ao ouvir as experiências subjetivas, nelas capta-se também o fenômeno social.

Publicada em 2003, uma investigação psicanalítica sobre o aumento crescente da infecção pelo HIV em mulheres nos últimos anos, tem-se uma pesquisa sobre a determinação cultural dessa inquietante constatação (CARVALHO, 2003).

Carvalho (2003), ciente das inúmeras conquistas das mulheres, especialmente, através da luta feminista, e também de que a relação entre Psicanálise e Ciências Sociais é palpável, o que parece ter ficado muito bem estabelecido desde o texto “Totem e Tabu” (1913), afirma a competência da Psicanálise para tal investigação. E mais, as críticas da Psicanálise à cultura sexual burguesa continuam ainda hoje pertinentes.

São por ele assinaladas tradições como o patriarcalismo, com sua visão de relação de gênero enquanto parte de uma estrutura hierárquica e de poder, e o conhecido amor romântico (CARVALHO, 2003). Como se sabe esse tipo de amor é marcado pelos ideais de completude (uma pessoa completa a outra). Há na relação algo de perene, de eterno e, portanto, capaz de exigir incondicionalidade. Desse modo, vê-se que mulheres, que têm um relacionamento amoroso estável, apresentam uma enorme dificuldade de argumentar o uso do preservativo com o parceiro. Um laço perfeito: subjetividade e cultura. Parece que aquelas mulheres se encontram bem próximas da condição de pessoa apaixonada indicada por Freud (1974, [1914]).

Ouviram-se também na clínica analítica, homossexuais masculinos acometidos pelo HIV, afirmarem que tiveram ou mantinham ainda relações sexuais sem proteção com seu parceiro fixo, também soropositivo para o HIV (tratando-se de relações estáveis), mesmo sabendo da possibilidade de recontaminação, o que complica ainda mais o quadro clínico de PVHA.

Justificavam tal comportamento por se encontrarem maravilhados, apaixonados. Na paixão, a pessoa fica deslumbrada, ali o possível prazer, advindo do corpo, parece calar as implicações da intimidade sexual nos dias atuais.

À medida que a paixão cega a pessoa, não lhe deixa senão a possibilidade de guiar-se pelo que viu, enquanto encanto no outro. Há naquela condição algo de entorpecedor, com grandes chances de atingir um destino trágico, pois a necessidade do objeto de amor atinge exagerada proporção, avizinhando-se do desespero. A vida parece ter-se reduzido simplesmente à contemplação daquele outro objeto desejado. E o sujeito apaixonado, ao querer possuí-lo, pode chegar ao desvairamento e sem escrúpulos mergulhar seu corpo em águas turvas.

Em 1914, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução, desenvolvendo a noção de ego narcísico”, Freud privilegiou a ideia do corpo para a formação da subjetividade. Conforme é possível observar na Nota do Editor Inglês, desde 1909, numa Reunião da Sociedade Psicanalítica

de Viena, Freud já pensava o narcisismo enquanto uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal. (FREUD, 1974).

Na segunda edição dos “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” em 1910, Freud havia feito numa nota de rodapé, a primeira menção pública do termo. Em maio do mesmo ano, no estudo sobre Leonardo da Vinci, e uma lembrança da sua infância, tece consideração sobre o narcisismo, ocorrendo referências também na análise de Schreber (1911), na pesquisa intitulada “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)” e nas investigações de 1912 e 1913, em “Totem e Tabu” (FREUD, 1974). Porém, será no artigo de 1914, que o termo se destacará como categoria de conceito.

Elaborado desde o estudo das principais manifestações presentes na esquizofrenia, o conceito de narcisismo aponta para uma etapa no curso regular do desenvolvimento da libido, entre o autoerotismo e a escolha objetal. O que vale a afirmação freudiana de que:

O narcisismo nesse sentido não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode, justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva (FREUD, 1974, [1914], v. XIV, p. 90).

Se for verdade que à medida que ocorre uma fixação nessa etapa ou nas suas formas, elas se tornam excessivas, determinando algo de patológico, também é verdade, que todo homem e toda mulher carece de um pouco de narcisismo, a fim de garantir sua autopreservação. Destarte, quando do excesso, o amor pela bela imagem explode em narcisismo, e sabe-se que essa bela imagem é frágil, pois qualquer coisa pode ameaçá-la, sem necessidade de que algo especial aconteça para que o ego seja abalado. Não é o mesmo o que ocorre quando o excesso não é verificado.

O ego não é encontrado desde o início na pessoa, portanto precisa ser desenvolvido. Já as pulsões autoeróticas lá estão desde o começo, daí a necessidade de que algo seja adicionado ao autoerotismo: uma nova ação psíquica a fim de provocar o narcisismo. O ego é, portanto, algo processual, construído, produzido e precisa do outro para existir.

Conforme já foi mencionado, o corpo é o primeiro outro confrontador do ser humano. Ele é, indubitavelmente, um componente ímpar do existir, do viver, do desejar. É com ele que se dá o conhecer, o ter, o agir, o sentir. Nele há possibilidade de alimentar-se, reproduzir-se, comunicar-se, aprender e transmitir conhecimentos, em suma, viver socialmente, fazendo descortinar essas e outras características que são exclusivas do homem e da mulher, esses seres da cultura.

Acerca do corpo humano, existe uma reflexão filosófica que perpassa quase toda a história do pensamento ocidental. Inicialmente, os filósofos desde a Antiguidade com Platão e Aristóteles, passando por Agostinho de Hipona e Tomás de Aquino, não consideravam o corpo em si. Eles o

viam tão somente em relação com a alma. Mas o corpo, essa realidade física, material, desde Descartes, do advento da modernidade e da ciência, foi reduzido a uma máquina possível de ser submetido ao método experimental de estudo (MONDIM, 1982).

No século XX, com a invenção da Psicanálise na sua exposição de que a consciência é a menor e mais fraca parte da vida psíquica, Freud avançará para um novo invento, a pulsão, e dela para a ideia do corpo pulsional, inaugurando uma nova abordagem da problemática do corpo.

Três momentos mostram as diferentes perspectivas adotadas por Freud em relação à noção do corpo. Inicialmente, em 1893, constata-se que as mulheres portadoras de histeria discursavam sobre o seu psiquismo através do corpo. A partir de 1905, com o texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, o termo sexualidade que até então designava apenas reprodução, passa a contemplar todas as demais atividades prazerosas. Surge a ideia de corpo somático e corpo pulsional, sendo o segundo dependente do primeiro. Quando da reformulação da teoria pulsional, em 1923, com o artigo “Além do princípio de prazer”, o inventor da Psicanálise afirma ser o ego acima de tudo corporal. (ANDRADE, 2003). Por esse motivo é que a Psicanálise empenha-se em pensar o corpo pulsional, todavia sem desconsiderar o corpo somático.

É no corpo somático que a dor e o mal-estar orgânicos são encontrados, daí seu caráter subjetivo. Tal afirmação surge como um convite para se refletir que, se em várias patologias, o status de doenças crônicas impõe às pessoas que com elas sofrem, uma convivência diária com a ideia opressiva de uma morte anunciada; com a Aids, o advento de tal distinção trouxe para muitas pessoas infectadas pelo HIV esperanças e motivos a mais para lutarem por melhor qualidade de vida e pela conquista da cura. Mas é também verdade que, para outras, o início da TARV é um momento que reacende a angústia inicial surgida com o diagnóstico. Para essas, a nova fase, o novo status da Aids, não lhes proporciona tanto motivo para lutar, antes, nelas promove um esmorecimento.

Na clínica analítica percebeu-se que, mesmo com a nova condição adquirida pela síndrome, para algumas pessoas, o uso de medicamentos equivale à ideia de se estar doente, e o estar doente remete às imagens das marcas nos corpos das pessoas que morreram em consequência dela na década de 1980. Reaviva também lembranças de limitações no cotidiano do sujeito que vive com outro tipo de doença crônica, posto que:

Além do sofrimento advindo do corpo que adoece, este mesmo ser humano, é marcado por um outro sofrimento, ocasionado pela hostilidade e crueldade advindas das relações humanas, nas quais o sujeito canaliza sua agressividade para aquilo ou aquele que lhe é diferente, sendo tributário de todas as projeções desvalorizantes. O doente fica, então, reduzido a um mero traço diferencial, ou seja, à doença, passando a ser equivalente a ela (MENDES, 2004, p. 64).

Identificar o sujeito à doença propiciou o advento do termo pejorativo, aidético. Termo ainda hoje utilizado por uma parcela significativa da população brasileira, inclusive por alguns profissionais de saúde para designar as PVHA.

Uma vez instalada, a Aids tem como uma de suas principais características as modificações do corpo da pessoa doente. Corpos marcados pela perda enorme de peso e de massa muscular, expondo o Sarcoma de Kaposi e a presença de tumores internos que, às vezes, avolumam-se de tal modo que deixam partes do corpo deformadas; sofrendo com diarreias ininterruptas; apresentando problemas neurológicos que resultam na prostração do paciente, com perda temporária, em alguns casos permanentes, parcial ou total de um ou mais sentidos, da motricidade fina ou do controle dos esfíncteres. As sequelas daí surgidas podem tornar o sujeito cada vez mais dependente de ajuda de familiares e da assistência de profissionais da saúde.

Atualmente, com a disponibilização pelo Ministério da Saúde do Brasil do tratamento gratuito para todas as PVHA no país, o número de morte em consequência da síndrome diminuiu. No entanto, surgem as crises de abastecimento, sobretudo em regiões mais distantes do centro do país (Norte e Nordeste), resultando na falta de medicamentos que são essenciais no processo terapêutico daquelas pessoas, bem como de kits para exames de contagem de CD4⁴ e da carga viral (quantidade de vírus circulante no corpo da pessoa infectada).

A partir do que apresenta Sangenis (2001) é possível afirmar que o corpo do sujeito em tratamento pode estar exposto a problemas como: anemia, plaquetopenia (redução da coagulação do sangue), insônia, perda momentânea de memória, hepatite, miosite (inflamação/dor nos nervos de braços, mãos, pernas, pés), pancreatite, enjoo, dor de cabeça, febre, desmaios, sono agitado, lipodistrofia (concentração da gordura do corpo em determinadas regiões e diminuição e outras), alergia na pele, dentre outros.

O tratamento necessita ser sempre adaptado às necessidades, condições e ritmo pessoal de vida, a fim de colaborar com a adesão às medidas terapêuticas. Na adesão pessoal, contar com a ajuda de familiares e amigos é fundamental, posto que, não raro, com o uso da terapia combinada, ainda que individualizada, podem surgir efeitos colaterais conforme os que aqui foram mencionados.

O surgimento dos efeitos adversos, muitas vezes, provoca na PVHA desânimo ou descrença para com os procedimentos terapêuticos, revolta e vontade de abandonar o tratamento mesmo quando a doença se encontra sob controle. Esse momento delicado exige um esforço da equipe multidisciplinar, mas especialmente do médico, para orientar da melhor maneira possível a pessoa. Na clínica psicanalítica, esse momento também aparece como exigente dado às questões a partir daí reeditadas pelo sujeito, ocorrendo um retorno daquilo que outrora foi recalçado.

⁴ CD₄ – Partícula presente no linfócito T-auxiliar. É usado pelo HIV para se ligar à célula.

Percebe-se hoje um esforço do Ministério da Saúde do Brasil por implantar políticas públicas de saúde no combate ao HIV/AIDS, contudo, fica evidente que tal esforço ainda é insuficiente, o que comprova a ausência de um controle total da problemática da Aids. Na verdade, ela continua sendo um desafio para o sujeito e a comunidade.

Enquanto pesquisador e ativista do movimento social de luta antiAids, Silva (2002, p.9) alerta que as “PVHA convivem com uma gama de efeitos colaterais e adversos, que cada vez exigem modalidades de atendimentos numa base de integralidade e resolutividade, nem sempre disponíveis na rede pública e/ou privada de saúde”.

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

Homens e mulheres de qualquer idade, camada social ou etnia, quando acometidos pela Aids, podem sofrer literalmente na pele algumas conseqüências da doença, pois esse órgão do contato humano é um dos mais afetados pelo HIV. Ele pode apresentar: “[...] infecções causadas por fungos, vírus, e bactérias, afecções cutâneas de caráter inflamatório ou alérgico, e tumores [...]”. (SERRA, 2001, p. 3). A pele, sobretudo aquela que recobre partes mais expostas do corpo, pode denunciar o desenvolvimento da doença, uma vez que lesões cutâneas servem de marcadores de sua progressão.

A face, que em nossa cultura é observada atentamente, poderá sofrer marcas temporárias, mas muito agressivas quando atingida por infecções ou afecções inflamatórias caracterizadas por pequenas pápulas, com uma depressão no centro (molusco contagioso), dermatite seborreica, a conhecida caspa, que nos pacientes com Aids adquire caráter mais severo, surgindo abrupta e repentinamente, concentrando-se mais na face, do que no couro cabeludo (SERRA, 2001).

A boca também corre o risco de estampar alguns sinais do acometimento da síndrome, como acontece nos casos de herpes labial simples; candidíase, doença que deixa o tecido que recobre a boca avermelhado ou com aspecto de nata de leite; leucopenia, infecção que pode causar lesão branca na lateral da língua; além das gengivites e das periodontites que podem até destruir os ossos sustentadores dos dentes (NIELEBOCK, 2001). Tais manifestações patológicas agravam ainda mais o sofrimento de um paciente com Aids.

Algumas PVHA desistem de se olhar no espelho após receberem o diagnóstico da soropositividade, ou nas primeiras manifestações da Aids, ou ainda ao observarem um paciente em estágio avançado da infecção. Espelhos são guardados, doados ou mesmo quebrados, e pessoas

evitam observar seus corpos, por medo de se defrontarem com uma imagem de um corpo se definhando, como aqueles que observaram ou dos quais leram ou ouviram falar.

Para um sujeito acometido pela Aids ter que se privar de alguns prazeres da vida, inclusive, às vezes, do convívio social, por receio de rejeição dado às manifestações cutâneas que surgem em seu corpo é terrível. Sinais, na maioria das vezes, incômodos para aquele que com eles sofre, como também para o olhar de outros sujeitos.

Trazer na pele tumores (manchas vermelhas ou arroxeadas, Sarcoma de Kaposi); ou as escamas típicas da psoríase; ou as lesões pruriginosas, normalmente escarificadas e com crosta na superfície, que ao cicatrizarem deixam marcas castanhas (SERRA, 2001), embora pareça ser um problema estético, vão muito além. As irritações, as coceiras, as dores e outros incômodos, como uma maior sensibilidade à radiação solar, proporcionam um aumento da indisposição à convivência social em pessoas que, ao se saberem infectadas pelo HIV, tornaram-se receosas de novos relacionamentos de amizade ou amorosos.

É importante ressaltar que: a maior parte das “afecções cutâneas que ocorre nos pacientes com HIV/Aids não oferece risco de contágio, a não ser as infecções bacterianas, principalmente as que apresentem secreção, e as infecções virais, como a catapora.” (SERRA, 2001, p. 14). Contudo, parece que ainda são comuns, na população em geral, as reações de medo de contaminação quando diante destas situações. Algumas PVHA atingidas por tais afecções, às vezes, desconhecendo ou mesmo cientes do não oferecimento de riscos, evitam se aproximar de outras pessoas. Aqui, mais uma vez se depara com efeitos psicológicos da doença, intensificando-se em consequência do sofrimento do corpo.

Neste momento, é importante um breve comentário sobre a imagem corporal, este modo como cada sujeito representa o seu próprio corpo, pois tal imagem se integra à identidade do sujeito.

Sabe-se que na contemporaneidade, vive-se a era do culto à imagem do corpo, um tempo de grande investimento no corpo. Essa problemática faz-se instigadora para quem investiga a subjetividade. Hoje, são propostos estereótipos de beleza, modelos rígidos, que passam a ser o corpo ideal, devendo, portanto, ser objeto de conquista, sobretudo pelos jovens. Tais modelos geralmente costumam ser associados ao *status quo*, ao poder, ao sucesso que levaria à plena aceitação social.

Uma escuta analítica pode possibilitar ao sujeito se dar conta de que seu corpo, para além dos apelos da contemporaneidade, é seu, é singular, é único; que ele é o seu instrumento de contato humano, de comunicação interpessoal, de expressão de seus sentimentos; que ele toca e é tocado pelo outro; pode se tornar atraente e/ou simpático, não dependendo para tanto da beleza padronizada.

O fato de o corpo do homem ou da mulher estar marcado pela intervenção da cultura, impede a possibilidade de ele ser representado como uma máquina, conforme a biomedicina, algumas vezes, insiste em fazê-lo. Enquanto herdeira do pensamento cartesiano, há nessa ideia da atitude clínica, um desconsiderar a singularidade da pessoa, excluindo o desejo e a história de vida do sujeito. O corpo é observado, mensurado, ultrassonografado, tomografado via computador, submetido à ressonância magnética, etc., dispensando cada vez mais o contato humano, pois está lançado às máquinas de diagnóstico e aos inúmeros produtos medicamentosos para o corpo-consumidor ou, neste caso, para o corpo-consumido.

A Aids, dado às suas peculiaridades, exigiu mudanças no modelo de relação profissional de saúde-paciente, em especial, naquele do médico-paciente, pois esse é um dos fatores fundamentais no sucesso do tratamento de uma doença crônica. Paulatinamente, vai surgindo uma relação pautada na confiança mútua e na cooperação, indicando assim, um diferencial na adesão ao tratamento e no entendimento por parte das PVHA de que ter um diagnóstico soropositivo para o HIV não significa que se vai desenvolver Aids. Compreender isso ajuda a pessoa a partir para um maior investimento na sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa focalizou algumas das várias dificuldades das PVHA na convivência com as marcas físicas sofridas por seus corpos. Se nos primeiros anos da epidemia os corpos sofriam em consequência da evolução da doença, com o advento das TARV, eles agora enfrentam os efeitos adversos surgidos com o tratamento.

O estudo possibilitou observar a necessidade da oferta de assistência psicológica àquelas pessoas, como forma de colaborar para que elas saiam, a seu modo, do seu lugar inicial profundamente marcado pela tristeza, perda, angústia, dentre outros, para uma aposta na luta pela qualidade permanente de vida.

Assim, ressaltou-se a necessidade de maior controle e pontualidade do Ministério da Saúde do Brasil na distribuição dos medicamentos e kits de exames, tendo em vista o melhor atendimento às PVHA. Salientou-se ainda a ideia de que o sujeito que vive com HIV/Aids, esforçando-se para aderir ao tratamento, cuidando de si, da sua autoimagem e da sua autoestima, pode se sentir mais fortalecido. Pode também ser capaz de assumir e de lidar melhor com o desafio constante por que passa, conquistando desde então, uma possibilidade de ir manejando de maneira mais adequada, os conflitos internos mesclados às incertezas vindas do mundo externo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. B. de. A 'natureza' do corpo: origem ou destino? **Cadernos de Psicanálise**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 22, p. 97-112. 2003.
- CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos**: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- FREUD S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). v. XIV. In: FREUD, S. **Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- MENDES, R. S. Doença crônica: mudança de trajetória. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2004.
- MONDIM, B. **O homem, quem é ele**: elementos de antropologia filosófica. São Paulo: Paulinas, 1980.
- NIELEBOCK, M. A. P. **Considerações práticas sobre saúde bucal e AIDS**. Niterói: Grupo Pela Vidda Niterói, 2001.
- SANGENIS, L. H. C. **Alguns efeitos dos medicamentos contra a AIDS**. Niterói: Grupo Pela Vidda Niterói, 2001.
- SERRA, M. S. **Dermatologia**. Niterói: Grupo Pela Vidda Niterói, 2001.
- SILVA, M. Â. I **Reunião Nacional de Núcleos de RNP+ Brasil**. Vivendo. Rio de Janeiro, ano 6, p. 9, set. 2002.