

## QUANDO O CUIDAR [DES]PREPARA

In: *Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção*. Moreira, G; Oliveira, P; Freire P. (orgs). Paka-Tatu, Belém, 2013

Paulo Roberto Ceccarelli  
Ocilene Fernandes Barreto

A revista *Isto é*, de 23 de fevereiro de 2010, publicou uma reportagem sobre os órfãos e abandonados em abrigos por causa da Aids, intitulada “Despreparados para a vida”. Trata-se de uma matéria referente a crianças contaminadas no início da epidemia, hoje adultos, tendo dificuldades em viver fora do abrigo. O local que garantiu a sobrevivência e a construção de seus ideais e referenciais de vida diante da presença do HIV não os preparou para a vida fora dele, o que os levou a sofrer dificuldades de adaptação, principalmente pelo cuidado conferido no abrigo. A fragilidade quebrável da soropositividade gerou um excesso de zelo por parte dos cuidadores.

O abrigo é o único referencial de lar que eles tiveram e que lhes foi oferecido. O abandono não ocorreu por falta de condições financeiras e orfandade, mas pelo “desinteresse” da família em acolher e cuidar de um recém-nascido soropositivo, quando a doença ainda trazia um estigma mortal muito forte. “Aids mata” era a informação disseminada pelas campanhas educativas da época com o propósito de sensibilizar sobre a importância de prevenção, do uso de preservativo para evitar o risco de contaminação pela via sexual. Esse eufemismo, aliado ao desconhecimento e às limitações técnicas científicas sobre

os cuidados necessários e disponíveis em relação à doença, ainda com altos índices de óbito, causava um sentimento de pavor, um desconforto maior diante a presença de um soropositivo. Exacerbado pelo desconhecimento da distinção entre ter o vírus e estar com Aids, e estando o medo na convivência com pessoas soropositivas, como então ter em casa uma criança com essa doença, estigmatizada pela ameaça de transmissão e perspectiva de morte? “O estigma é, então, na realidade um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (GOFFMAN, 1988: 13). E os estereótipos, uma vez “distribuídos”, serão assumidos pelos estigmatizados.

Diante dessa expectativa tão inexoravelmente mortal, por que não pensar no abrigo como alternativa mais adequada e confortável para a espera do momento final, preservando e poupando a família do envolvimento afetivo e do sofrimento por mais uma perda, ao mesmo tempo tornando essa sobrevivida o mais agradável possível para aquele que tão logo os “abandonaria”? Com efeito, torna-se possível estender a condição de abrigados como uma forma também de isolar, de segregar, não apenas por um intuito altruísta de oferecer melhores condições de tratamento, mas também para evitar a convivência social com eles, restringindo-os ao espaço do abrigo. O abrigo tornou-se um item de assepsia pública, uma precaução social funcionando em nome de um saber médico (FOUCAULT, 2001). Daí, preservaram-se, extramuros, os “despreparados para conviver com crianças HIV+” dos “despreparados para a vida”, circunscritos no limite do abrigo. Nessa perspectiva, quem cuida de quem, para quem e para o quê? Quem precisa de cuidados?

Os “despreparados para vida” de hoje têm diante de si uma nova perspectiva, que vai além das crianças contaminadas via transmissão vertical, estendendo-se a qualquer pessoa contaminada pelo HIV, no

que diz respeito à convivência tênue e contínua entre a vida e o vírus e, quiçá, a Aids; uma intimidade maior entre a perspectiva de morte e a condição de estar vivo, com todas as significações que possam estar envolvidas nessa relação. Pessoas contaminadas passaram a ter uma expectativa de vida, pois a causa da morte poderia não a Aids. Exames, carga viral, contagem de linfócitos, esquema medicamentoso, efeitos colaterais, internações, procedimentos, discriminação: uma realidade constante para o soropositivo dividirá “espaço” com os estudos, as brincadeiras, as frustrações, os romances, uma carreira profissional, filhos e envelhecimento. E essa intimidade resulta em marcas indissociáveis tanto aos “despreparados para vida”, criados cercados ou não pelos muros de abrigos, como para os que ficaram do lado de fora do muro. Exemplo disso são os métodos que, hoje em dia, permitem a possibilidade segura de casais soroconvergentes ou não terem filhos livres do HIV, através da lavagem do esperma.

Os cuidados medicamentosos não os prepararam para a vida com a doença. Principalmente os recém-nascidos soropositivos: na época, sem a terapia antirretroviral, crianças não ultrapassavam os sete anos de idade. Não há uma precisão sobre seus efeitos colaterais nem qual o tempo máximo de exposição de uma pessoa à terapia antirretroviral.

E é para essa nova realidade que eles estão despreparados. O diagnóstico de HIV positivo subverteu o “morrer de Aids” para “viver com a Aids”. Sair da condição de abrigado, na mais supérflua e simplista das análises, indica “como vou cuidar de mim agora”?

O termo sobrevida ainda infelizmente é muito associado à condição de ser soropositivo até os dias atuais, mesmo com todos os avanços e conquistas oferecidas pelo uso da terapia antirretroviral – Tary, os chamados coquetéis. Distribuída, com sucesso reconhecido internacionalmente, pelo Sistema Único de Saúde desde o ano de

1996, em razão da Lei n. 9.313/96 (BRASIL, 2010), garantindo o acesso universal a essa medicação, imprimiu à epidemia o *status* de cronicidade. Comparações entre ter o vírus ou a Aids e diabetes, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica e artrite são muito comuns e possíveis sem nenhum questionamento no aspecto da cronicidade. A doença não é mais a parceira incondicional da morte de outrora, desde que haja sempre o acompanhamento técnico medicamentoso adequado. Entretanto, que cronicidade é essa que ainda é associada à sobrevivida? Ninguém se refere à sobrevivida do diabético, cardiopata ou de uma pessoa com câncer; expressões como “cuidados paliativos” e “qualidade de vida” são constantes, mas “sobrevivida” é restrita e, por isso mesmo, restringe mais ainda o soropositivo quando o certo não seria conviver?

Convive-se com a Aids e o uso permanente da medicação. Mas conviver para os soropositivos, contaminados por transmissão vertical ou horizontal, é uma descoberta recente não apenas para eles mesmos, como também àqueles não contaminados. Assim, compartilham todos o adjetivo “despreparados”. E o despreparo não era a condição de ser abrigado. O despreparo é a presença da Aids.

O abrigo, ao mesmo tempo que promoveu o acesso dos indivíduos contaminados ao tratamento clínico, cronificou-os no *status* eterno de paciente, numa posição passiva, um alguém em estado permanente de submissão. Afinal, a estadia no abrigo deu-se apenas diante do diagnóstico de soropositivo. Essa tutela garantiria não apenas a sobrevivência e o acesso ao tratamento, como também a perspectiva de um lar que lhes foi rejeitado, privados por uma série de fatores, dentre os quais o mais preponderante foi a doença. Mas tal tutela, nesse caso, não é uma realidade apenas para a infância. Ultrapassa de forma insidiosa os muros dos abrigos, estende-se às clínicas, aos postos

de saúde; todos e qualquer lugar onde há alguém que é soropositivo, já pressupondo o acompanhamento e o tratamento médico específico. A tutela é imprescindível e está atrelada à necessidade física. Retira qualquer vestígio de possibilidade de independência nesse aspecto. A aquisição do vírus submete o sujeito, seja ele contaminado vertical ou não, à necessidade de cuidados. E essa necessidade de cuidados não é uma alternativa, não é uma escolha; é uma imposição. É necessário receber o tratamento e cumpri-lo. Mas a submissão ao cuidado do outro o impede e o incapacita sobre o cuidado de si, gerando situações de mal-estar, como as relatadas pela reportagem: após a saída do abrigo, lidavam com uma realidade adversa, na qual eles passaram a ser responsabilizados, função para qual não estavam “preparados”, ocasionando a morte pelo abandono da terapia antirretroviral ou a exposição a outras situações de risco, como o uso de drogas. Não seria importante haver um equilíbrio entre “ser cuidado por” e “cuidar de si”, substituindo o exclusivo “ser cuidado” para uma mudança de práticas, aliando o cuidado terapêutico com o tomar cuidado de si?

A profilaxia de combate ao HIV disponibilizada pelo SUS trouxe ao País uma realidade confortável, um dos melhores atendimentos públicos a essa população específica. Mas essa mesma condição não é capaz de frear o registro de novos casos ou o número de óbitos, até porque supor isso seria acreditar em soluções mágicas. Não são apenas inconvenientes ocasionais que interferem no acesso à medicação, por exemplo. Seria fantasioso imaginar ou pressupor que o mesmo atendimento prestado nos grandes centros ocorreria no interior de um país de proporções geográficas continentais e com tantas disparidades socioeconômicas como é o caso do Brasil. Sem comentar os aspectos culturais, mais comprometedores e complexos ainda, implícitos nas práticas e na compreensão sobre a sexualidade, resultados de uma

miscigenação sócio-histórica tão rica, como é o caso da brasileira (DEL PRIORE, 2011; VAINFAS, 1986).

Estatísticas da epidemia revelam a estabilidade dos dados nas regiões Sul e Sudeste, o contrário do que é observado no Norte e Nordeste, com aumentos significativos tanto de novos casos como o número de vítimas fatais, vislumbrando uma possibilidade de subnotificações (BRASIL, 2008). Talvez isso ocorra por precariedades sociais e econômicas regionais ou, até mesmo, por problemas de gestão local no SUS. Mas a análise que se faz sobre o cuidado de saúde na realidade da qual a Aids é uma das personagens não se propõe a debater ou inflamar discussões sobre desigualdades sociais, econômicas ou geográficas do Brasil, pois não é esse o escopo do presente trabalho. A questão aqui é a seguinte: por que, diante de uma das melhores políticas públicas de atenção e combate à Aids, reconhecida mundialmente, admitindo-se uma margem de “erro”, ainda há pessoas incapazes de cuidar de si, a ponto de submeterem-se à exposição, ao contágio e à transmissão do vírus, ou simplesmente de aderir ao esquema médico proposto? Como o “bem cuidar” convive com esse “descuido”? O País possui o melhor sistema de combate e atenção à saúde pública para as pessoas soropositivas, porém não é disponibilizado, oferecido ou incentivado o aprender a cuidar de si. Propaga-se o cuidado, mas esse cuidado os petrifica como sujeitos “despreparados”, não apenas os abrigados, as crianças contaminadas pelo HIV durante a gravidez, o parto ou a amamentação, mas os abrigados na condição de pacientes soropositivos. E esse cuidado não deve ocorrer apenas em relação aos que estão com o diagnóstico confirmado, mas a qualquer um exposto a uma contaminação futura. O que imuniza o contágio do “despreparado”?

O sobreviver é um ato comum a qualquer pessoa, HIV<sup>+</sup> ou não. O desamparo constituinte diante da vulnerabilidade narcísica de cada sujeito é o que o mantém numa posição subjetiva passiva, de maneira que competem para sua submissão aos cuidados a necessidade clínica e a satisfação pulsional em receber o cuidado (FREUD, 1927). É o enlaçamento pelo amor que sustenta a necessidade do amparo (CECCARELLI, 2009). A inexorabilidade da Aids mostra isso com uma maestria. Na realidade em que o HIV é protagonista, o peso não é apenas pelas doenças oportunistas que o acometem. Não podem ser desprezadas as marcas psíquicas, as construções sintagmáticas elaboradas e despertadas pelo vírus, principalmente quando o contágio é pela via sexual. O sexo pode ser debatido nas escolas, nas casas, nos hospitais, porém falar sobre ele não alcança a complexidade e o dinamismo que a sexualidade abrange; na sexualidade humana, fantasias e desejos são os personagens principais.

Quando alguém decide pela realização de testes investigativos para HIV de forma espontânea, seja porque um(a) ex-parceiro(a) ou companheiro(a) adoeceu ou tem tido sintomas que levam a uma suspeita da doença, ou até mesmo diante de um falecimento de forma “rápida”, esse desejo, essa “vontade de saber” é circunscrita pelo tempo, por aquele momento, pela ânsia daquela situação específica. Entretanto, está intimamente impregnado do discurso médico que já esclareceu que, em casos de práticas sexuais desprotegidas, o risco de contágio é real e que, quanto mais cedo o diagnóstico, mais cedo o início do tratamento, reduzindo as chances de ser afetado por doenças oportunistas, extremamente severas ao organismo imunodesprotegido do soropositivo. O cuidar está atrelado ao ser cuidado por alguém – não é um cuidado de si completamente espontâneo; trata-se de um cuidado submetido, tutelado e impregnado do discurso da prática médica.

Entretanto, é importante esclarecer, para que não paire nenhuma dúvida sobre a terapia antirretroviral, que a autonomia proposta para que os “despreparados” assumam ou desempenhem o papel de “preparados” aqui sugerido não é descrença na importância e necessidade imperiosa do uso da mesma; pelo contrário, passa muito longe disso. É impraticável e irresponsável desmerecer ou desqualificar, depreciando sua contribuição no combate à Aids, doença esta ainda incurável e mortal caso não haja o tratamento médico adequado. O que permite a convivência entre o paciente e a doença é exclusivamente o uso dos antirretrovirais mediante a prescrição e o acompanhamento médico. Desse cuidado o paciente soropositivo não possui condições de abrir mão, ele precisa dele para conviver com a doença, mesmo com todas as adversidades, sejam elas os efeitos colaterais, sejam os rigores da prescrição; é esse cuidado que o mantém e lhe dá a chance de viver. Negligenciar ou desqualificar a terapia em questão é pedir que ele abra seus braços e receba de bom grado as doenças oportunistas que impreterivelmente agirão sobre o seu organismo. Contudo, a submissão à imperiosa necessidade clínica, por sua vez, não pode nem tampouco deveria menosprezar que, por trás de um diagnóstico soropositivo, há uma singularidade, uma subjetividade, com desejos, frustrações, afetividades e temores.

Quando o resultado é negativo, não confundir negativo com falso negativo, pois este implica outra conduta clínica. Precisa ser esclarecido pelo técnico da saúde que este resultado é negativo naquele instante, não impedindo que, de acordo com suas práticas futuras ou diante de uma nova exposição, possa haver o contágio do vírus, ou seja, o negativo de hoje não imuniza o indivíduo contra nada amanhã, principalmente contra o HIV. Não foi apenas um melhor esclarecimento científico sobre as formas de transmissão do vírus que



promoveu a substituição da expressão "grupo de risco", muito usada até meados dos anos 1990, pela terminologia "comportamento de risco". Buscou-se uma atitude politicamente correta, mas também uma forma de tentar conferir responsabilidade, estimular a conscientização diante o risco de suas práticas afetivas e sexuais, com possibilidade não apenas de adquirir ou de transmitir o HIV ou outra DST (*doença sexualmente transmissível*), mas também de conceber uma criança que não foi idealizada naquela relação. Uma compreensão sobre o sexo como algo mais íntimo e pessoal do que a mera genitalidade. E que a sexualidade não é restrita aos homossexuais, nem tampouco ao sexo.

A entrada da Aids serviu como uma espécie de contrarreforma no campo da sexualidade. A geração saída das práticas repressivas e reprimidas das décadas anteriores aos anos 1960 e 1970 gerou filhos que buscavam e pregavam o sexo livre, o amor sem preconceitos e formas; não apregoavam a libertinagem, defendiam a escolha, a opção do uso e a expressão dos prazeres. Iniciava-se uma época em que era permitido amar sem o dogma de reproduzir. Nesse momento, julga-se necessário abrir um parêntese para agradecer a descoberta dos anticoncepcionais, proporcionando não apenas o controle da natalidade, mas a liberdade entre a sexualidade e a genitalidade, um desatrelamento principalmente para as mulheres, que tiveram finalmente a real e concreta condição de ter um corpo disponível, através do qual lhes era permitido sentir prazer, e não mais somente com a função de reproduzir a espécie humana (DEL PRIORE, 2011). Desde a origem do cristianismo, o desejo da mulher era restrito pela obediência aos desejos do marido para pagar sua dívida por ter apresentado ao homem à maçã na cena do pecado original, introduzindo o pecado no mundo (ARIÈS, 1982).

Eis que surgiu a Aids nesse cenário. A reforma da sexualidade conheceu a contrarreforma através de um vírus de extrema mutabilidade,

que, ao entrar no organismo humano, como um parasita que é, invade e toma conta da célula hospedeira – no caso, os linfócitos CD4 –, convertendo o DNA celular originário no DNA do hospedeiro. Este passa a produzir novos vírus, os quais, da mesma forma parasitária, afetarão outras células num efeito em cadeia, comprometendo o sistema imunológico orgânico e vulnerabilizando-o diante de doenças que, em uma pessoa sã, não teriam grandes consequências, mas cujos efeitos, para alguém com o sistema imunológico comprometido, são fatais (BRASIL, 2006). E assim caminhou a humanidade: o desejo que acenava diante das amarras repressoras e conservadoras deu de cara com um vírus.

Curiosamente, essa barricada não se desvinculou do desejo; ao contrário, tornaram-se “cúmplices”. Pode-se prescrever o desejo através da recomendação de práticas; contudo, não se pode extingui-lo. A “desrepressão” da sexualidade não foi concomitante com o “desrecalcamento” da mesma (CECCARELLI, 1998 e 2000) – houve apenas uma liberação sexual. A facilidade do contato entre genitais avançou sozinha, sem avaliar ou compreender a questão da sexualidade em sua profundidade. A sexualidade humana é uma efervescência de elementos imaginários muitas vezes recalcados, fantasias montadas sobre ideais narcísicos que desconhecem limites, calçados sobre um terreno histórico cultural, circunscritos pelo tempo e pelo espaço, e com uma forte herança filogenética.

Todo temor e apreensão despertados de formas tão singulares com o surgimento da Aids não são capazes de frear a pulsionalidade que o desejo sustenta, representa e constitui. Ele prossegue após o diagnóstico. A contaminação é do corpo físico, o “corpo” pulsional continua são, latente, atuante. A exposição e o risco de contágio em uma relação sexual não conseguem breçar a sexualidade, pois,

afinal, no homem, a sexualidade não é restrita ao contato entre os genitais. É um “dispositivo” que, ao mesmo tempo, regula e subjetiva (FOUCAULT, 1985, 1984 e 1988), envolvendo as construções sintagmáticas, o discurso ideológico e a história de vida do mesmo. Se assim não fosse, o anúncio sobre a Aids a extinguiria por completo, o que nunca acontecerá. Basta refletir sobre a média anual de novos casos da doença no País, entre os anos de 2000 a 2008: foram 35 mil pessoas infectadas pelo vírus (BRASIL, 2010), que, como justificativa, não podem argumentar o desconhecimento nem sobre a doença e seus riscos, muito menos sobre a prevenção. As moções pulsionais por trás da sexualidade não são extintas (FREUD, 1898, 1908, 1927 e 1930[1929]). Ao mesmo tempo que oportuniza o prazer, pode ocasionar o desprazer, fazendo necessárias algumas renúncias, mas renunciar não pode nem tampouco deve ser confundido com o deixar de existir (FREUD, 1930[1929]).

A sexualidade continua sendo vinculada a uma ascese moral, uma moral sexual civilizada (FREUD, 1908). É preciso, em prol do bem-estar social, conter a vida pulsional, que visa unicamente ao princípio do prazer (FREUD, 1930[1929]). A metáfora do Paraíso preconiza essa assepsia, a expulsão e o castigo ocorreram não pelo sexo. Somente após o cair das folhas de parreira, percebendo a nudez um do outro, Adão e Eva desejaram, fantasiaram na cena da nudez. A nudez revelou um elemento subentendido: o desejo. O desejo os expulsou, castigando-os a viver de seu próprio trabalho e a crescer e multiplicar, com dor ainda por cima, atrelando o sexo a uma obrigação, muito mais próximo do desprazer do que o prazer. O sexo tornou-se um mal necessário, circunscrito por práticas sexuais adequadas e a obrigação de procriar (FLANDRIN, 1982), cabendo ao desejo a culpa pela expulsão e pelo castigo, uma moral agostiniana da sexualidade (CECCARELLI

& SALLES, 2010). “O desejo sexual espontâneo é prova e castigo do pecado original” (CECCARELLI, 2007: 184).

A inscrição da marca da Aids na realidade do desejo prescreveu-o como antes nunca fora, pois não era mais a ameaça moral que pairava sobre a cabeça daquele que praticasse um ato “devasso” ou “nefasto”; não era apenas ser barrado no Paraíso: agora, era a morte que o esperava, e a morte é o maior medo do ser humano, é a situação de desamparo máximo (FREUD, 1927). A Aids reafirmou isso com uma ferocidade tão singela que, ao estabelecer que o contágio acometia qualquer um que “transasse”, caía por terra o paradigma hipócrita e “protetor” de que a Aids afetaria apenas os *gays*, as prostitutas e os usuários de heroína, primeiras vítimas fatais da epidemia, no final dos anos 1980 e início dos 1990. Foi preciso o surgimento do HIV para esclarecer o que todos sabiam e faziam, entretanto não eram capazes de admitir: não são apenas os *gays* e as prostitutas que transam. “Em matéria de sexualidade, somos todos, no momento, doentes ou são, não mais do que hipócritas” (FREUD, 1898: 254). O pânico ampliou o limite do grupo de risco para a circunferência da sexualidade. Diante a epidemia que surgia, “descuidados” e “despreparados” tornaram-se todos os que transavam.

De toda forma, pode-se usar a situação dos abrigados relatados pela revista como outra metáfora. O abrigo tem seu papel reconhecido de protetor, uma redoma que os mantém afastados e protegidos das ameaças externas, porém sua estadia eterna é impossível, forçando-lhe a desempenhar um papel fora do abrigo para o qual eles não foram capacitados: assumir a posição de cuidador. Ser ao mesmo tempo o cuidador e o paciente. Não bastam apenas tratamentos, prescrições e orientações, inquestionáveis na sua eficiência, mas sem a anuência do paciente não há prescrição que surta efeito. A atenção à saúde que o

SUS disponibiliza é eficaz, apesar das dificuldades reconhecidas pelo próprio órgão. A inconstância de um cuidador preconiza a necessidade de autonomia e conscientização acerca de suas necessidades e limitações, para que o próprio doente esteja capacitado como um cuidador. Um reconhecimento de si. Caso contrário, ao sair do abrigo, a vulnerabilidade física é comprometida mais ainda pela ausência de cuidado de si.

Quando a epidemia completa três décadas, a expectativa sobre a cura ainda existe – afinal, são 33 milhões de pessoas no mundo infectadas, como uma meta estipulada de extinção dos casos de contaminação vertical até 2015 (BRASIL, 2006 e 2010). A medicina, além dos antirretrovirais, oferece como cuidado as orientações preventivas através da importância do sexo seguro, pelo uso do preservativo nas práticas sexuais, a única forma disponível de evitar o contágio e a transmissão do vírus; e a importância do diagnóstico precoce através de exames, hoje disponíveis em grande parte do País pelos testes rápidos para HIV, cujos resultados são seguros e saem em 20 minutos (BRASIL, 2008), acabando com os cerca de 20 dias ou mais de angústia pela espera do resultado, tão comum no início da epidemia. As campanhas migraram do “Aids mata” para o “Fique sabendo”.

Trata-se de um cuidado inquestionável, mas que se depara com um “despreparo” por parte do paciente, que toda a tecnologia e os avanços científicos não são capazes de alcançar ou alterar, remetendo a um “despreparo na prática do cuidar”, que requer muito mais do que os saberes, incidindo no uso dos saberes e dos prazeres, pois, no confronto com a subjetividade do paciente, guardam-se receitas e tratamentos sugeridos. Na dinâmica da Aids, há algo para além do físico que a medicina insiste em menosprezar.

Assim, os “despreparados” não são apenas os que rompem os limites do abrigo; também são os que cuidam, por não reconhecerem a subjetividade, menosprezando-a. O modelo idealizado de paciente soropositivo é aquele em que o cuidado médico é tão imprescindível a ponto de ser assimilado de forma serviçal. Mas a prática mostra muitas vezes o contrário: o paciente sai e se depara com o outro lado, vulnerável com a sua ausência de cuidados, um despreparado para vida, um descuidado consigo. Na discussão sobre os cuidados com a saúde na realidade envolvendo o HIV e seus estragos, a saída do abrigo é obrigatória e o retorno deve ser constante, uma ação de ir e vir, estando o abrigo de portas abertas o tempo todo ao soropositivo, intercambiando receber cuidado com o praticar cuidados em relação a si próprio.

Enquanto a medicina ou qualquer outra ciência do cuidado petrificar-se e insistir em compreender os cuidados destinados ao paciente soropositivo de forma alienada em suas práticas e significações, admitindo apenas os seus avanços, não reconhecendo e desprezando esse paciente como uma alteridade ativa e pessoal, com construções sintagmáticas elaboradas por um imaginário que não se barra nem tampouco deve ser barrado, não é preciso ser médico ou psicólogo para perceber que o cuidado todo prescrito será em vão.

Cuidar requer, principalmente com esse paciente, ir além de um modelo de subjetivação. Requer admitir e, muitas vezes, conciliar saberes que não exclusivamente médicos, compartilhar espaços entre o prescrito e o idealizado, entre o desejável e o desejado. Apreender e reconhecer a subjetividade, não como um obstáculo, mas convertê-la em aliado. Os “preparados para a vida” iniciam sua jornada quando ultrapassam os muros do abrigo, aliando os cuidados oferecidos com os cuidados ou, no caso, os descuidados praticados. Reconhecendo

que a subjetividade fragilizada pela doença não se extingue diante da submissão requerida pela mesma. “Estaremos diante de uma pessoa única em sua vivência e seu sofrimento, e jamais será possível predizer em que vai resultar esse encontro” (MOREIRA, 1998: 25).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, Philippe. Amor no casamento. *In: ARIÈS, Philippe & BÉJIN, André. Sexualidades ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 153-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas – 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 37p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuições dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 108p. (Estudos Pesquisas e Avaliação, 11).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DSTs*. Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 197p.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Laço social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXI, n. 58, p. 33-41, Belo Horizonte, 2009.

\_\_\_\_\_. Mitologia e processos identificatórios. *Revista Tempo Psicanalítico*, v.39, n. 1, p. 179-193, Rio de Janeiro, janeiro/dezembro, 2007.

\_\_\_\_\_. Sexualidade e preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano III, n. 3, p. 18-37, São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. O sexual da violência. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, ano XI, n. 106, p. 78-81, São Paulo, fevereiro, 1998.

CECCARELLI, Paulo Roberto & SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa. A invenção da sexualidade. *Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXXII, n. 60, p. 15-24, Belo Horizonte, 2010.

DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na História do Brasil*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011. 256p.

FLANDRIN, Jean-Louis. A vida sexual dos casados na sociedade antiga: da doutrina da Igreja à realidade dos comportamentos. In: ARIÉS, Phillipe & BÉJIN, André. *Sexualidades ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 135-152.

FREUD, Sigmund (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: FREUD, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 289-312.

\_\_\_\_\_. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 93-201.

\_\_\_\_\_. (1908). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In: FREUD, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-208.



\_\_\_\_\_. (1927). O futuro de uma ilusão. *In: FREUD, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-66.*

\_\_\_\_\_. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. *In: FREUD, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-171.*

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 474p.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 1988. 176p.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. São Paulo: Graal, 1985. 246p.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. São Paulo: Graal, 1984. 232p.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 158p.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Eros, melancolia, Aids: sobre alguns problemas da clínica contemporânea. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA*, v.6, n. 63, p. 24-31, Porto Alegre, novembro, 1988.

VAINFAS, Ronaldo. *História da sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 212p.