

A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista

The experience of HIV diagnosis disclosure: the discourse of health professionals and the listening of the psychoanalyst

Mayra Moreira Xavier Castellani¹

Maria Lívia Tourinho Moretto²

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

RESUMO

Com os novos avanços nos cuidados aos portadores de HIV/aids houve uma grande melhoria no prognóstico e na qualidade de vida das crianças infectadas por transmissão vertical, que chegam na adolescência e na idade adulta. Novos desafios são então vivenciados, como a revelação do diagnóstico para a parceria afetiva. O presente artigo apresenta os dilemas desta experiência da revelação do diagnóstico, em pacientes jovens adultos com HIV adquirido por transmissão vertical, a partir de reflexões sustentadas pela teoria psicanalítica. Partimos do pressuposto de que existe uma escuta diferenciada do psicanalista nesse contexto e demonstraremos possíveis colaborações da Psicanálise junto às equipes de saúde especializadas no tratamento desses jovens, levando em conta o manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a necessidade da revelação do diagnóstico.

Palavras-chave: HIV/aids; revelação do diagnóstico; transmissão vertical; escuta psicanalítica; psicanálise.

ABSTRACT

With new advances in the care of people living with HIV/AIDS there was a major improvement in the prognosis and quality of life of children infected by mother-to-child-transmission, who arrive in adolescence and adult hood. So, they start living new challenges, as the disclosure of HIV sero status to an intimate partnership. This article aims to present the dilemmas of this kind of experience related to the disclosure, among young adults patients with HIV acquired through mother-to-child-transmission, bringing reflections sustained by psychoanalytic theory. We start from the point of view that there is a differentiated listening of the psychoanalyst in this context and we will demonstrate some psychoanalysis contributions with the specialized health

¹ Doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail – mayramx23@hotmail.com

² Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail – liviamoretto@usp.br

teams who treats these young people, taking into account the delicate hand ling between the time of each subject and the need for the diagnosis disclosure.

Keywords: HIV/aids; disclosure of HIV status; mother-to-child-transmission; psychoanalytic listening; psychoanalysis.

Introdução

A experiência clínico-institucional no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids em um ambulatório especializado de um hospital quaternário da cidade de São Paulo permitiu o conhecimento das especificidades vividas por jovens infectados pelo HIV por transmissão vertical, mais especificamente relacionadas ao sofrimento causado pela experiência da revelação diagnóstica de HIV/aids na parceria afetivo-sexual.

Cada paciente relatava a construção de uma estratégia diferente para se proteger das consequências imaginárias da revelação do diagnóstico, o que indicava, desde o início, que a provável decisão de revelar e o possível sofrimento psíquico referente a ela devem estar relacionados com a posição subjetiva de cada indivíduo, que interfere, inclusive, no modo pelo qual cada um conduz o seu tratamento.

Embora seja absolutamente compreensível a relação que se estabelece, no âmbito da Saúde, entre revelação de diagnóstico e cuidados preventivos, a clínica psicanalítica com os pacientes envolvidos nesta problemática nos indica que a revelação do diagnóstico é para o paciente uma experiência que ultrapassa muito o ato de informar um dado.

Diante desse cenário, emergiram questões na escuta clínica psicanalítica que nos instigaram: o que se revela, por meio da revelação de um diagnóstico, que traz em si a marca da herança – transmissão vertical - de um vírus, carregado de significações sociais tão pesadas e negativas? Como intervir junto a estes pacientes, e como favorecer a construção de novas alternativas para enfrentar o processo da revelação do diagnóstico junto à equipe de saúde multidisciplinar?

Para alcançar algum conhecimento sobre tais indagações, sem dúvida, faz-se necessária a investigação dos processos psíquicos envolvidos na

tomada de decisão sobre a revelação do diagnóstico – que envolve a singularidade de cada caso. Consideramos pertinente especial atenção à resposta do psicanalista no âmbito institucional, uma vez que ele, como membro da equipe de saúde, levará em conta o manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a importância da revelação do diagnóstico em diversos sentidos.

No presente artigo, temos o intuito de evidenciar as vicissitudes da experiência da revelação do diagnóstico de HIV/aids para a parceria afetivo-sexual, em pacientes jovens adultos com HIV adquirido por transmissão vertical, trazendo uma abordagem do sofrimento dos pacientes nesta condição, a partir de reflexões sustentadas pela teoria psicanalítica.

Pretendemos também demonstrar a escuta diferenciada do psicanalista nesse contexto, clarificando a possibilidade da participação da Psicanálise na construção de práticas em saúde junto às equipes especializadas, em especial no tocante à construção de decisões sobre a temática da revelação do diagnóstico de HIV/aids no âmbito do tratamento e da prevenção.

O Contexto do Problema: a Respeito da Transmissão Vertical do HIV

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença decorrente do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), que ataca as células de defesa do corpo humano, comprometendo significativamente o sistema imunológico. Com isso, o organismo torna-se mais suscetível a simples doenças, como um resfriado, ou a infecções mais graves como pneumonia, tuberculose, neurotoxoplasmose, entre outras; e também mais suscetível a diferentes doenças sexualmente transmissíveis (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (n.d.), 1982 foi o ano em que o Boletim Epidemiológico relatou o primeiro caso de aids no Brasil e também o ano em que se teve o conhecimento da possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. O conhecimento dos primeiros casos da infecção foi seguido por uma disseminação da aids no mundo, representando a pandemia da atualidade.

Brito et al (2006) relatam que, por conta do aumento da forma de transmissão heterossexual do HIV, após um momento inicial de concentração entre homossexuais e bissexuais masculinos, houve um aumento progressivo do HIV entre as mulheres e, conseqüentemente, uma elevação no número de casos notificados entre crianças infectadas por transmissão vertical, durante os primeiros anos da epidemia de aids.

Sabe-se que no ano de 1985 foi relatado o primeiro caso de transmissão vertical, a qual acontece quando a mãe transmite o HIV para seu filho, que pode ser infectado durante a gestação (transmissão para o feto no útero), durante o parto (transmissão pelo sangue materno), ou durante a amamentação (transmissão através do leite materno).

Com as novas perspectivas de vida frente aos avanços nos cuidados aos portadores de HIV e/ou doentes por aids, principalmente a partir das conquistas sociais e do acesso universal à Terapia Antirretroviral Combinada de Alta Potência (HAART) nos últimos 16 anos, para Xavier et al (2013), a aids pôde ser compreendida não mais como um sinônimo de morte, mas sim como uma doença crônica. Assim, foi possível observar uma grande melhoria no prognóstico e na qualidade de vida das pessoas que vivem infectadas pelo HIV, incluindo crianças, as quais crescem e se transformam em adolescentes e adultos. Nesse momento, seus cuidadores acabam por se deparar com novos desafios no cuidado, tais como a revelação do diagnóstico, a adesão a um tratamento complexo, além das vivências de relacionamentos afetivos.

Particularidades da Juventude com HIV/AIDS

A adolescência pode ser apontada como uma transição para a vida adulta, correspondendo a um momento de transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas intensas, que podem gerar ao jovem e a seus familiares muitas dúvidas e angústias. Segundo o Ministério da Saúde (2013) a adolescência pode ser compreendida como “um processo de ‘desconstrução’ e ‘reconstrução’ da identidade, no qual o jovem terá que ‘desmontar’ o mundo infantil e reconstruí-lo a seu modo”.

Nasio (2011) descreve a adolescência, sob o ponto de vista psicanalítico, como a idade em que sensações corporais são muito presentes, assim como o juízo crítico provindo dos outros, que é internalizado com função de autocrítica e recebe o nome de *Supereu*. Essa batalha entre as pulsões e a moral exacerbada

transforma o adolescente em uma criatura intimamente desarticulada, desunida, experimentando sentimentos contraditórios a respeito de si mesmo e daqueles dos quais depende afetivamente, em primeiro lugar os pais. (...) É isso a neurose: sentimentos, palavras e comportamentos impulsivos e defasados, engendrando uma insatisfação permanente e numerosos conflitos com o outro (NASIO, 2011, p. 21).

Os sentimentos dessa fase da vida dos sujeitos representam um sofrimento psíquico que muitas vezes não pode ser externalizado em palavras, fazendo com que o adolescente fique contido, deprimido, sem querer contato com os outros. Segundo o autor, este sofrimento inconsciente é difícil de ser formulado, manifestando-se em comportamentos impulsivos e em um mal-estar difuso. Ele diz que “o adolescente nem sempre sabe falar do que sente porque não sabe identificar corretamente o que sente” (NASIO, 2011, p. 17).

É neste contexto de vida que aparece a aids, despertando diferentes reações nos adolescentes/jovens que vivem com ela. Entre esses indivíduos, além do confronto com as mudanças e conflitos esperados na adolescência, como a busca da identidade, o experimentar da sexualidade, a tentativa de independência, existe a necessidade de conviver com uma doença crônica, com um tratamento complexo, e que apresenta significações psicológicas e sociais marcantes na subjetividade.

A crise da adolescência representada pela dificuldade com as palavras e com a apropriação do mal estar sentido, que muitas vezes aparece refletido em aspectos depressivos, apatia e isolamento, parece influenciar o jovem a decidir guardar o segredo do seu diagnóstico. O HIV significa uma marca narcísica que simboliza um defeito e diferencia o jovem com HIV de seu grupo. Correr o risco de ser reconhecido com essa marca é extremamente sofrido para o jovem, uma vez que as importantes identificações com o grupo de amigos, nessa fase da vida, dão suporte e segurança.

Existe uma descrição de uma série de complicações do HIV/aids relacionadas ao adolecer, feita pelo Ministério da Saúde (2013), que leva em consideração o impacto do HIV, especificamente, frente às mudanças ocorridas na fase da adolescência. São algumas delas: o desconhecimento do diagnóstico, ou o acordo tácito entre adolescentes e pais de não falar sobre a questão; a fantasia de invulnerabilidade do adolescente, prejudicando a aceitação do viver com HIV e do tratamento, comprometendo a adesão; o comprometimento da identificação com os grupos se o adolescente se percebe, ou é percebido, como diferente, causando um isolamento social; reações de revolta, solidão, depressão e ansiedade associadas a vivências de preconceito e discriminação, podendo despertar pensamentos suicidas; a vivência comum nas famílias dos adolescentes de situações como orfandade, doença dos pais ou dos irmãos, privações, adoções e institucionalização, causando sentimentos de luto, tristezas profundas e desânimo.

Levando em consideração todas as especificidades da aids na juventude, acima mencionadas, é essencial nos debruçarmos detalhadamente sobre a temática da revelação do diagnóstico para a parceria afetivo-sexual, que tem sido um grande e urgente desafio para os profissionais de saúde na atualidade.

Contar ou Não Contar: Eis a questão...

Cabe aqui uma breve explicação das razões pelas quais fizemos a escolha pelo termo *revelação* ao longo de todo o texto, para representar a dialética do *contar ou não contar* o diagnóstico de HIV, tanto na parceria amorosa, quanto no recebimento da primeira notícia da infecção pelo vírus.

No dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2004), o termo *revelação* apresenta vários significados:

revelação s.f. (sXIV cf. AGC) **1** Ato ou efeito de revelar (se) **2** Divulgação de um segredo, uma confidencia <fez lhe uma r. amorosa> **3** informação que se presta com o intuito de fazer outrem conhecer alguma coisa ainda desconhecida, ignorada **3.1** declaração, ger. incriminatória, a respeito de alguém ou algo; denúncia <sua r. causou rebuliço entre os presentes> **4** descoberta que revela um atributo ou vocação em alguém <o programa se ocupava da r. de novos talentos> (...) ETIM lat.

Revelação, ãnis 'ação de descobrir, de desvendar; revelação (de um segredo)' ver vel-.

Na escuta de inúmeras pessoas vivendo com HIV, atentamos para a relação escancarada nos discursos entre o HIV e o segredo, muitas vezes guardado a sete chaves, somente para si, ao longo da vida. O termo revelação, que apresenta tal conotação em seus significados, aparenta ser um melhor representativo desta questão, figurando um sentido mais próximo a isso. Além disso, esse termo diz da informação de um atributo, antes desconhecido, e é exatamente este atributo relacionado ao HIV que é trancado, escondido, silenciado pelo sujeito.

Posto isso, adentremos no assunto da revelação do diagnóstico de HIV propriamente dita. Tal revelação do diagnóstico, entre os indivíduos aqui mencionados, é realizada em dois momentos distintos: primeiramente quando o adolescente recebe a informação do seu diagnóstico, da herança de sua mãe, por algum parente, cuidador ou profissional de saúde, com a transmissão também de todas as implicações psíquicas envolvidas; e num segundo tempo, no qual o adolescente, em posse das informações e significações do HIV, se percebe submerso em uma necessidade imposta por ele mesmo, pela equipe de saúde que lhe assiste ou pela sociedade, de se revelar a outras pessoas, inclusive àqueles com quem se relaciona afetivamente.

Comumente os cuidadores ou familiares optam por adiar a revelação e continuar a manter o segredo do diagnóstico do HIV da criança ou adolescente, com medo do impacto do diagnóstico, do estigma social e da produção de sentimentos de culpa ou vergonha. Assim, essa primeira revelação acaba por ser um desafio e acontece com maior frequência no período da adolescência, quando os pais ou cuidadores percebem alguns prejuízos em manter o segredo e não conseguem mais manter o diagnóstico silenciado.

Em confluência com a ideia de existir uma dificuldade na revelação do diagnóstico, Cavallari (1997) acredita que receber este diagnóstico não é apenas ter conhecimento de um agente infeccioso, que pode provocar progressivamente a falta de defesa do organismo perante doenças oportunistas, mas é essencialmente deparar-se com a vulnerabilidade dos

aspectos fundamentais de suporte do eu. Diante desse quadro, parte-se do pressuposto que o diagnóstico HIV positivo pode ter um caráter traumático e que as gradações deste trauma dependem das condições de cada sujeito.

Enfim, em posse da notícia de seu diagnóstico de HIV, o jovem traz uma nova questão para sua vida: a revelação para outras pessoas. Percebemos que é comum o indivíduo ter uma postura de omitir seu diagnóstico de HIV e seu tratamento, assim como já foram omitidos dele, como forma de se proteger externamente de preconceitos, julgamentos e discriminações.

O existir dos jovens com transmissão vertical do HIV é marcado pelas lembranças de como eles souberam seu diagnóstico. Este momento interfere em suas vidas, inclusive em como eles tomam a decisão de revelar seu diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso, pois, se lhe disseram que é importante não contar a ninguém que se tem o HIV por conta do preconceito sofrido, eles estabelecem um acordo de silêncio.

As dificuldades que perpassam a decisão de revelar ou não o diagnóstico de HIV para o parceiro podem estar presentes em um relacionamento por tempo indeterminado, como se houvesse uma espera do momento adequado para dar a notícia. Isso porque ela envolve mais do que a informação do diagnóstico de uma doença e, no caso dos jovens que nasceram com o HIV, a revelação conta de uma herança do indivíduo, que pode vir acompanhada do medo do estigma, do desamparo e representar uma ameaça psíquica para o indivíduo.

A Revelação do Diagnóstico de HIV/AIDS e a Angústia em se Revelar

Os jovens adultos infectados pelo HIV por transmissão vertical por nós atendidos, cientes de seu diagnóstico e da importância conferida pela equipe de saúde ao ato da revelação no início da vida afetivo-sexual, enfrentam o desafio da revelação com dificuldades que não podem ser desconsideradas. Neste cenário, foi possível observar o conflito frente à necessidade/importância de revelarem seus diagnósticos aos parceiros e o sentimento de insegurança, medo do abandono e do preconceito que envolvia a tarefa.

Frequentemente a equipe de saúde era abordada com as perguntas dos pacientes relativas às suas dificuldades: “será que é melhor contar?” ou “como vou contar?” ou “será que ele (a) vai me abandonar quando souber?”, seguidas de pedidos de ajuda para construírem a decisão de revelar seu diagnóstico, visando obter uma garantia de ausência de sofrimento.

O que se escuta repetitivamente desses pacientes na clínica psicanalítica é a relação entre revelação do diagnóstico e angústia. Que relação é essa? Hipotetiza-se aqui que a angústia, tão mencionada pelos pacientes, pode ser uma resposta frente à fantasia de um eu desamparado pelo Outro, por conta da revelação de uma marca.

Esse é um ponto no qual devemos nos deter: revelar o diagnóstico é, do nosso ponto de vista, revelar-se. E isso não é simples.

A título de ilustração do problema: Maria (nome fictício) é uma jovem infectada por com HIV por transmissão vertical. Em consulta com seu novo médico infectologista, Maria conta que está sem tomar a medicação antirretroviral há 3 anos, pois não consegue engolir os comprimidos, eles “voltam”. Relata que quando tinha 15 anos revelou ser portadora do HIV ao seu namorado e ele terminou a relação abruptamente. Desde então, ela não consegue mais tomar a medicação, mesmo sabendo da importância que esta tem para a sua saúde. O médico aponta para Maria que parece que o que está sendo difícil de digerir é o seu diagnóstico de HIV e isso faz com que os comprimidos também não sejam digeridos. A partir desta percepção, o médico encaminha Maria para iniciar seguimento com a psicóloga, acreditando em uma interferência emocional na não adesão ao tratamento antirretroviral. Logo nos primeiros atendimentos, a psicóloga percebeu a delicada relação que Maria estabelecia com seu diagnóstico de HIV. A paciente expressava uma intensa angústia relacionada a revelação de tal diagnóstico a terceiros. Foi também aos 15 anos que ela decidiu nunca mais contar, para pessoa alguma, sobre seu diagnóstico de aids, pois acreditava que todas as pessoas fugiriam dela quando souberem. No decorrer dos atendimentos, Maria conseguia refletir sobre o forte medo de ser abandonada por aqueles que ela gostava, o que a colocava em uma posição de segredar seu diagnóstico. Algumas informações

sobre o caso de Maria foram discutidas com o médico infectologista, como um retorno ao pedido de atendimento, e ficou alinhado o cuidado que toda a equipe deveria ter em relação a temática da revelação do diagnóstico dela para terceiros. Depois de alguns meses em tratamento com o novo médico, Maria precisou ser internada para tratar de um citomegalovírus no esôfago. Durante sua hospitalização, na entrevista com a assistente social, revela que namora há pouco mais de dois anos e que seu namorado não sabe de seu diagnóstico de HIV. Foi, então, nesse momento, que a assistente social propôs uma reunião com a equipe médica e, a partir da discussão do caso com a equipe, ficou decidido que a assistente social convocaria o namorado de Maria para revelar a ele o diagnóstico de HIV. Ao ter essa notícia, Maria teve uma crise de angústia, chorava e brigava com a equipe, enfatizando que não contaria nada a ninguém e insiste para que o seu diagnóstico não seja revelado. A mãe dela teve a ideia de relatar a situação para o médico infectologista que realizava o tratamento da filha no ambulatório, como um pedido de socorro, para que ele interviesse na situação. De fato, após discussão acalorada com a equipe multidisciplinar da unidade de internação o médico conseguiu reverter a imposição da assistente social e Maria não precisou ser obrigada a se revelar.

Levando em conta que o sofrimento e a angústia vividos na experiência da revelação do diagnóstico de HIV acabam por dificultar a decisão de se revelar, pode-se assegurar que os indivíduos nessa situação se encontram em um terreno de incertezas. Acreditamos ser urgente o reconhecimento da necessidade de um espaço com os profissionais de saúde, que os ajudem em seus tratamentos, para dialogar e refletir sobre seus desejos e suas posições subjetivas.

O Discurso dos Profissionais da Saúde e a Escuta do Psicanalista Sobre a Revelação do Diagnóstico

A equipe de saúde que presta atendimento e compõe a rede que sustenta o tratamento dos jovens com HIV normalmente é composta por profissionais de diversas especialidades. Muitas vezes a equipe entra em contato, presencia e participa dos sofrimentos, dores, tristezas e angústias

desses jovens, inclusive àqueles relacionados ao viver com HIV nos relacionamentos afetivos.

O trabalho desses profissionais de saúde, no sentido de auxiliar os jovens que vivem com HIV a decidirem quando, como e para quem comunicar sua sorologia, tem se mostrado um pouco contraditório. Isso porque a ideia de ajudar os jovens a decidirem, muitas vezes, acaba sendo soterrada por uma preocupação intensa do profissional com a prevenção e não continuidade da cadeia de transmissão do HIV. Essa preocupação prevê a divisão entre *bem* – a não transmissão do vírus a outra pessoa – e *mal* – a contaminação do outro.

Dessa forma, acontece um incentivo à revelação do diagnóstico à grande maioria dos pacientes, dando um enfoque à prática do *bem*, naquilo que tem ligação com o moralmente aceito pela sociedade, sem que se leve em conta o contexto de cada jovem e a experiência de rejeição e desamparo, já frequentemente vivida por eles.

Para Moretto (2013), o trabalho do médico e daqueles profissionais que trabalham sob a égide da ordem médica, dentro dos equipamentos de saúde, descarta o que há de particular no discurso do paciente, para torná-lo legível. A autora afirma que existe uma necessidade de excluir a singularidade, eliminar aquelas diferenças de cada caso por onde a subjetividade se manifesta, em prol de uma objetividade científica e terapêutica.

Nesse sentido, podemos salientar a ideia de que a partir do momento em que os profissionais de saúde tomam conhecimento de que o paciente não revelou sua condição sorológica para o HIV aos parceiros afetivos, eles têm como forma de intervenção aconselhar os pacientes a fazê-lo e raramente deixam de insistir a todos sobre a necessidade de que o parceiro seja informado da situação.

Ainda podemos refletir que o olhar da equipe de saúde sobre a revelação do diagnóstico à parceria afetiva é, na maioria das vezes, de obrigatoriedade, o que acaba por suprimir as causas subjetivas que dificultam tal revelação. Esse olhar focado na perspectiva da prevenção da transmissão do HIV estampa a crença de que aquele que não revela ao parceiro o seu diagnóstico não vai cuidar da prevenção e, implicitamente, poderá infectar o

outro.

É preciso cuidar da prevenção, mas também é essencial que exista um tempo para o acolhimento das angústias sentidas por tais jovens, devido ao estigma social existente, propiciando também o êxito da reflexão, da elaboração e do repensar, em função de diminuir o sofrimento vivido neste momento em especial.

Segundo Silva et al (2002), em meio à diversidade dos desafios trazidos pela epidemia do HIV/aids, a assistência à saúde dos indivíduos infectados constitui uma de suas facetas mais problemáticas. A complexidade e a variedade dos problemas suscitados pela aids exigem respostas por parte dos serviços de saúde que considerem não somente os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais, psicológicos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam.

Para o Ministério da Saúde (2009), os serviços de saúde que prestam atendimento aos adolescentes vivendo com HIV devem estabelecer uma política de revelação diagnóstica, a qual deve fazer parte da atenção à saúde dos pacientes. É importante a inclusão do tema nas discussões de equipes multiprofissionais para diminuir alguns prejuízos ligados à não revelação diagnóstica e fazer com que esse processo não ocorra de forma tão sofrida.

A partir desse contexto do papel e o discurso do profissional de saúde frente à revelação do diagnóstico de HIV para o parceiro afetivo entre os jovens, perguntamos: e o psicanalista, o que tem a dizer sobre esse cenário da revelação? Como ele escuta essa situação e como ele se posiciona eticamente, em sua clínica, frente ao sujeito com essas angústias? É fundamental refletirmos sobre alguns pontos que a clínica psicanalítica pode contribuir para o campo de intervenções com os jovens que vivem com HIV por transmissão vertical e se encontram diante da dialética do contar ou não contar e, para isso, discorreremos sobre os atributos da clínica psicanalítica e seu diferencial.

Segundo Dunker (2013) “Clinicar é tomar decisões, logo riscos. Clinicar requer um pensamento e uma escuta implicada, logo desejo. Finalmente clinicar implica “saber fazer”, logo saber”. Uma possível descrição desse

clínica psicanalítica é a que Brunhari e Moretto (2013) desenvolvem, a colocam como um dispositivo que, através de uma escuta diferenciada, se ocupa de extrair o que permanece em estado de grande desordem no sujeito. Os autores destacam que a clínica psicanalítica aposta na palavra como soberana, palavra de um sujeito comprometido em seu sofrimento. Aqui notamos uma ponte com a concepção freudiana de cura pela palavra.

A virada freudiana, a partir da descoberta do inconsciente, abriu espaço para a palavra, que muitas vezes traz a falta de sentido das formações do inconsciente, e inaugurou um lugar para a escuta da construção do sujeito na modernidade. Para Kehl (2002, p. 107):

O modo como o sujeito é convocado a ocupar esse lugar tem suas ressonâncias éticas, se pensarmos que a ética vai além daquilo que institui as obrigações dos indivíduos para com a coletividade e promove as ligações necessárias para soldar o laço social. Pois o sujeito em análise é convocado, desde o início, não a falar sobre seu desejo – isso, ele não é capaz de fazer – mas a tentar falar sem coerção alguma, de modo a aproximar-se do desejo pelos efeitos de sua fala.

Lacan (2008), em seu Seminário “A Ética da Psicanálise”, ressalta que na clínica psicanalítica está implicada uma ética, a ética a partir do ponto de vista da psicanálise. A partir da experiência clínica estabeleceu-se uma ligação necessária entre psicanálise e ética, porque a psicanálise tenta compreender o homem diante do drama da liberdade e da alienação ao inconsciente, que é tratado como um estranho de que o homem não pode se descomprometer. O sujeito que passa por uma análise se torna mais responsável pelo desejo que o habita e também tende a cuidar das pessoas que lhe são mais próximas, tentando impedir que elas se tornem objetos das projeções daquele que não quer enfrentar as condições de seu próprio conflito.

Moretto (2013) afirma que o analista é aquele que trata sujeitos a partir do determinismo psíquico inconsciente, ou seja, o que interessa ao tratamento psicanalítico é o sujeito do Inconsciente. Assim, o tratamento psicanalítico se coloca como distinto dos demais (médico, psicológico, social), que não têm como proposta cuidar desse sujeito em questão. Outra distinção importante em relação a esses demais tipos de tratamento é a questão do saber. A demanda da fala do paciente no tratamento psicanalítico, proposta por Freud na criação

de sua terapêutica, desloca o saber do médico para o saber do paciente, que sabe dizer sobre si e sobre seu sofrimento, estando comprometido com sua palavra.

É através da palavra que as representações inconscientes podem se tornar conscientes e é ela que faz com que o sujeito se responsabilize pelo que diz, como esclarece Kehl (2002). A responsabilidade de um sujeito em análise é inscrever no campo do Outro³ uma palavra que o represente e que só se autoriza pelo fato de estar endereçada a alguém, sem garantir que tenha um sentido aceito pelo Outro, a não ser pelo detalhe de que o analista o escuta.

A autora aponta que o estatuto de múltiplos sentidos de uma palavra possibilita surgir uma interrogação do sujeito a respeito de si e de tudo que pensava saber, a partir da criação de novas significações que flexibilizam a rigidez do sentido. É nítido aqui também que o psicanalista interfere como perguntador e não como explicador, demonstrando a fragilidade existente nas certezas estabelecidas e convidando os sujeitos a suportarem a angústia de se indagar. Kehl (2002, p.125) afirma que “A psicanálise é, antes de mais nada, uma prática da dúvida em contraposição às certezas totalitárias que regem a vida imaginária”.

Ainda conforme Kehl (2002), sobre o pedido voltado à teoria, à prática e à clínica psicanalítica, pode acontecer uma solicitação do psicanalista por conta de um mal entendido: a suposição de que exista no inconsciente, uma coincidência entre o *ser* e o *bem*, pensando a cura, a saúde mental, como a produção de boas pessoas, em paz com sua vida interior, sem conflito. Esse mal entendido estaria sustentado pela ideia de que todo mal viria da repressão e da pressão social, pervertendo o indivíduo naturalmente bom. A autora

³ Antonio Quinet escreve detalhadamente em seu livro “Os outros em Lacan” (2012), o que é o Outro para a psicanálise lacaniana. Ele explica que o Outro em Lacan se escreve com a inicial maiúscula e se lê “grande outro”, sem que seja necessário que o adjetivo grande seja sempre escrito em antecendência a outro. Essa escrita faz com que ele seja distinguido do (pequeno) outro, o meu semelhante. O Outro é um lugar enquanto discurso do inconsciente, de onde vem as determinações simbólicas da história do sujeito, é um arquivo de ditos importantes provindos de todos os outros que foram relevantes para o sujeito. Outro é o local onde se determina a questão da existência do sujeito, pois sua própria expressão de sujeito depende do que se desenrola no Outro. O autor ainda pontua que a letra *A*, que aparece nos matemas lacanianos, indica o Outro e vem do termo *Autre*, em francês.

assegura que este é um pressuposto clássico aristotélico: a persistência de uma coincidência necessária entre o *bem supremo* e a verdade do sujeito. Segundo ela, a psicanálise não se propôs a produzir uma concepção de ser humano que visa a adequação à harmonia aristotélica do mundo.

A partir do exposto acima, retomando a diferenciação do lugar do analista na instituição médica e refletindo sobre o seu lugar, Brunhari e Moretto (2013) afirmam que o posicionamento do psicanalista diante da instituição e da equipe é fundamental para que seu trabalho exista e se diferencie de um cuidado unicamente dirigido à doença.

O psicanalista atuará frente à possibilidade do paciente deixar de ser um objeto do discurso médico totalizante e passar a se envolver em seu processo de adoecimento e hospitalização. Isso acontece levando em conta que para Freud é inevitável que o sujeito seja afetado por paixões e sofrimentos ao longo de sua vida, mas é possível que o sentido dessa relação com o que o afeta, possa ser revertido, da passividade para a atividade.

Sobre o processo de adoecimento, Dunker (2011, p. 92) sustenta que as cronicidades, incertezas diagnósticas, dificuldades na adesão ao tratamento, indefinições etiológicas, acabam por fazer com que aquilo que não tem lugar para ser dito, na ordem médica – o sofrimento subjetivo – seja endereçado para o “*lugar daquilo que não tem lugar*” – o psicanalista. O autor ainda explica que esse discurso subjetivo sem lugar na ordem médica, contribuiu para a inclusão da psicanálise em instituições de saúde, e “o processo de adoecimento tornou-se, ele mesmo, digno de ser escutado, em qualquer circunstância” (Idem, p. 92).

Moretto (2013, p. 107) nos lembra que o analista entra em cena para resgatar o todo que é o paciente, pois apesar de estar sob cuidado de vários profissionais da saúde, ele ainda é sujeito desejante, e “seu corpo não é hospedeiro de uma doença, ele é um sujeito doente, e isso tem consequências para seu psiquismo”.

Após detalharmos essas colocações sobre a ética psicanalítica, podemos voltar à questão da escuta do psicanalista sobre a revelação do diagnóstico de HIV. Fica claro que o objetivo de uma análise não é insistir que

o paciente revele seu diagnóstico ao parceiro amoroso, diferente do discurso de alguns profissionais da saúde, que insistem no compromisso do paciente com a prática do *bem* – investir na prevenção e não transmissão do HIV. Mas, ao mesmo tempo, não estamos atestando que o paciente não deve fazê-lo e não deve se importar com suas atitudes preventivas e responsabilidades para com o outro.

Acreditamos que a revelação ou não-revelação é um caminho construído, que faz conexão com o que Kehl (2002, p. 153) expõe, ao dizer que a direção de um tratamento psicanalítico propõe que o paciente pare de “indagar a um Outro sobre quem ele é, ou sobre o que ele deve fazer da vida e tornar-se autor de seu próprio destino”. Nesse caminho o sujeito vai se tornando mais inventivo, apto a improvisar caminhos e soluções, já que passa a encarar a condição de seu desamparo fundamental.

É possível sustentarmos que a escolha do sujeito por guardar um segredo não implica a ausência de sofrimento psíquico. Normalmente, contar coisas na vida cotidiana não aparenta ser difícil, mas quando se percebe essa dificuldade, o que está sendo guardado tem uma roupagem mais específica, traduzindo a revelação de um lugar subjetivo na fantasia de cada indivíduo, pois, neste caso, revelar-se é constatar-se em um lugar, um lugar em relação ao Outro.

O irromper da angústia quando o sujeito se vê submisso ao desejo do Outro, diante da necessidade de revelação do diagnóstico, mantém uma repetição em definir o HIV como segredo e tem a função de preservar uma fantasia subjetiva, de ela não ser escancarada. Isso pode acontecer quando alguém emite uma ordem de revelação do diagnóstico de HIV ao paciente, por exemplo, como apresentado antes na vinheta clínica.

Respeitar a escolha pelo segredo é respeitar que o sujeito tem uma fantasia que estrutura seu psiquismo. Antes de enunciar o segredo, é preciso que o sujeito fale dessa posição, descobrindo significantes que o aprisionem menos, o que pode levar tempo para que a angústia não irrompa abruptamente. Acreditamos que o segredo resguarda uma fantasia, ao mesmo tempo que a fantasia revela uma posição subjetiva, isto significa que, revelar a

infecção por esse vírus não se traduz por dar uma notícia, uma informação sua qualquer.

Quando o sujeito já nos chega angustiado, o que aconteceu algumas vezes na nossa clínica com os pacientes que se viam na necessidade de revelar seu diagnóstico de HIV, cabe analisar que algo da fantasia deixou de estar camuflado e ele se viu posicionado como objeto do gozo do Outro. E então, como faz o analista para oferecer o espaço de escuta e manejar essa angústia?

Para Moretto (2013), a angústia é o afeto que surge, quando não existem significantes para o sujeito, que simbolizem o buraco no real. E, nesse sentido, acabar com a angústia é possibilitar que o sujeito angustiado fale e signifique seu buraco, permitindo que o sujeito desenvolva recursos para voltar a enfrentar a realidade. Portanto, é essencial que ele associe livremente, para que seja possível compreender qual o lugar que a angústia ocupa no sintoma e na fantasia de cada sujeito.

Para Concluir

O pilar da clínica psicanalítica dá suporte à fala do sujeito e à escuta do analista. O analista se propõe a escutar a subjetividade, que aparece traduzida no sintoma, na fantasia, na angústia. Essa é uma especificidade da clínica psicanalítica no tratamento dos sujeitos com HIV: a partir de elementos teóricos, criar um dispositivo clínico que leve em conta um sujeito, com suas peculiaridades, e não que ofereça somente um apoio para a revelação do diagnóstico para terceiros. O importante neste momento seria, por meio da escuta psicanalítica, propor uma direção do tratamento desses jovens, cuidando do lugar que o segredo encena na subjetividade deles.

Acreditamos ser essencial a indagação, a reflexão e a criação de proposições sobre o trabalho do psicanalista no hospital. Moretto (2006) chama de vertente institucional o trabalho do psicanalista que é feito na interlocução com os outros discursos da saúde, e de vertente clínica o trabalho do psicanalista com os pacientes adoecidos. Ela acredita que aquilo de

fundamental do trabalho do psicanalista na instituição hospitalar se dá na interface das duas vertentes.

Por esse ângulo, consideramos que o paradigma da subjetividade, sustentado pela clínica psicanalítica, se apresenta como uma alternativa competente para resolver uma problemática ainda muito incompreendida em serviços de saúde especializados no tratamento da aids. Nesse sentido, é imprescindível um bom diálogo entre os profissionais de saúde, para que consigam falar uma mesma língua frente o projeto de tratamento do paciente.

Ademais, acreditamos ser um compromisso ético manter um diálogo com a equipe de saúde, visando traçar novas propostas para o atendimento à população com HIV por transmissão vertical, sobretudo no que tange à tentativa de cuidar dos sujeitos para que eles possam produzir decisões mais eficazes, frente seus tratamentos. Neste contexto, é essencial destacarmos a importância do manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a necessidade da revelação, sem que a obrigatoriedade da prevenção se sobreponha à subjetividade.

A argumentação teórico-clínica aqui apresentada pode ajudar profissionais da área da saúde que se deparem com essas temáticas e se percebam diante de um pedido de ajuda do sujeito, que necessita de cuidado em relação ao seu sofrimento psíquico. Assim, contribui-se aqui com a possibilidade de construção de novas práticas em saúde junto às equipes especializadas, com foco na subjetividade, que se dediquem a amenizar os impactos psíquicos negativos, consequentes da revelação de uma marca.

Referências Bibliográficas

- Brito, A. M., Sousa, J. L., Luna, C. F., Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia antirretroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Supl.), 18-22.
- Brunhari, M. V. & Moretto, M. L. T. (2013). A clínica do ato suicida: uma articulação entre a Psicanálise e os Serviços de Urgência e Emergência. Mesa Redonda. *Anais do VII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Belo Horizonte, MG.

- Cavallari, C. (1997). *O Impacto da Comunicação do Diagnóstico HIV Positivo: A Ruptura de Campo Diante da Soropositividade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Dunker, C. I. L. (2011). Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In A. Ramirez, T. C. Assadi, C. I. L. Dunker (Orgs.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise* (pp. 87-129). São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. (2013). Uma aula clínica. Prefácio. In M. L. T. Moretto. *O que pode um analista no hospital?* (pp. 13-17). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kehl, M. R. (2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (n.d.). *História da Aids*. Recuperado em 20 de julho, 2016, do <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. (2004). *Guia de bolso*. 4 ed. Brasília, DF: Editora MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. (2009). *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso*. Brasília, DF: Editora MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2013). *Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids*. Brasília, DF: Editora MS.
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moretto, M. L. T. (2013). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nasio, J. -D. (2011). *Como agir com um adolescente difícil?: Um livro para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2012). *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

Revelação. (2004). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

Silva, N. E. K, Oliveira, L. A., Figueiredo, W. dos S., Landroni, M. A. da S., Waldman, C. C. S. & Ayres, J. R. (2002). Limites do trabalho profissional: estudo de caso dos centros de referencia para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36, (4, Suppl), 108-116.

Xavier, M. M., Freitas, A. C., Martins, P. R., Silva, D. A. C., Camargo, L. A., & Gutierrez, E. B. (2013). Características de jovens vivendo com HIV/Aids no momento da transferência do cuidado médico pediátrico para o de adultos em um hospital universitário. In XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2013, Fortaleza. *Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia*, 2013.