

La Revelación del Diagnóstico de la Infección por el VIH en el Contexto del Asesoramiento: La Versión del Usuario

Diva Maria Faleiros Camargo Moreno¹

Delegación de Salud de la Ciudad de São Paulo, São Paulo, Brasil

Colegio de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil

Alberto Olavo Advíncula Reis

Colegio de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumen

A partir de una investigación que se realizó en Centros de Prueba y Asesoramiento en EST/Sida de São Paulo, el objetivo es el de describir procesos de *revelación del diagnóstico de la infección por VIH en el contexto del asesoramiento serológico*. El estudio involucró a 14 sujetos entrevistados después de la revelación del resultado del examen. Se utilizaron conceptos de la teoría psicoanalítica de D. W. Winnicott para analizar y comprender los procesos de asesoramiento investigados. Los resultados mostraron que enfrentar el diagnóstico de la infección por el VIH y el deseo de cuidar de la salud a partir de la revelación del resultado reactivo tiene una variedad de efectos en los sujetos, dependiendo de la forma en que se haga el asesoramiento. Por una parte, puede existir la oportunidad de confrontación consigo mismo, con sus propios problemas, con la angustia generada por la revelación del resultado, en que se observa mayor o menor integridad psíquica de los sujetos. Como contraste, eso no fue observado en los casos en que los sujetos no se sintieron acogidos y apoyados en la orientación. Es importante establecer una relación intersubjetiva de ayuda en el momento de revelar el diagnóstico de la infección por VIH, para que el asesoramiento pueda cumplir su función estratégica de enfocar el problema específico, y en los recursos más saludables del individuo

Palabras clave: Asesoramiento, revelación, teoría psicoanalítica, serodiagnóstico del VIH.

Revelação do Diagnóstico da Infecção pelo VIH no Contexto do Aconselhamento: A Versão do Usuário

Resumo

A partir de uma investigação realizada em dois Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids de São Paulo, objetiva-se descrever processos de *revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV* no contexto do aconselhamento sorológico. O estudo envolveu 14 sujeitos entrevistados após a revelação do resultado do teste. Conceitos da teoria psicanalítica de D. W. Winnicott foram utilizados para analisar e compreender os processos de aconselhamento investigados. Os resultados mostraram que o enfrentamento do diagnóstico da infecção pelo HIV e o desejo de cuidar da saúde a partir da revelação do resultado reagente têm efeitos variados nos sujeitos, dependendo do modo como o aconselhamento é feito. De um lado, pode-se ter a oportunidade de confronto consigo mesmo, com os próprios problemas, com a angústia gerada pela revelação do resultado, observando-se maior ou menor integridade psíquica dos sujeitos. Em contraste, isso não foi observado nos casos em que os sujeitos não se sentiram acolhidos e

¹ Contacto: E-mail: dmfc@usp.br e albereis@usp.br

apoiados no aconselhamento. É importante que seja estabelecida uma relação intersubjetiva de ajuda no momento da revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para que o aconselhamento possa cumprir sua função estratégica de focar no problema específico e nos recursos mais saudáveis do indivíduo.

Palavras-chave: Aconselhamento, revelação, teoria psicanalítica, sorodiagnóstico do HIV.

Disclosure of the VIH Infection Diagnosis in the Context of Counseling from the Client's Perspective

Abstract

The present study emerged from research done in two Testing and Counseling Centers (CTC) for STD/AIDS in São Paulo. It aims at describing the reagent HIV test disclosure processes within the context of serological counseling. The study involved 14 subjects interviewed after their test results were disclosed. In the analysis and understanding of the counseling processes investigated, concepts from D. W. Winnicott's psychoanalytical theory were applied. The results showed that facing the HIV infection diagnosis and being willing to take care of one's health after the reagent result disclosure has different effects on subjects, depending on how the counseling takes place. On the one hand, they can have the opportunity to confront themselves, their own problems and the anguish generated by the result disclosure, observing more or less psychic integrity from the subjects. On the other hand, this was not observed in cases where the subjects did not feel welcome and supported during counseling. It is important that an intersubjective relationship of support be established at the moment of the reagent HIV result disclosure, so that counseling can fulfill its strategic function of focusing on the specific problem and the healthiest resources from the individual.

Keywords: Counseling, disclosure, psychoanalytical theory, HIV serodiagnosis.

Este estudio tiene el propósito de describir procesos para *revelar el diagnóstico de la infección por VIH*, en el contexto del asesoramiento serológico, en base a la versión del usuario y tomando como referencia teórica de análisis la teoría psicoanalítica de D. W. Winnicott.

La construcción de una práctica de asesoramiento en los servicios llamados de Centros de Prueba y Asesoramiento (CPA) en EST/Sida actuales se apoyó en la teoría de Carl Rogers. Para el autor,

. . . la consulta psicológica [*counseling*] eficaz consiste en una relación permisiva, estructurada de manera definida, que le permite al paciente llegar a una comprensión de sí mismo a tal grado que lo capacite para progresar, a la luz de su nueva orientación² (Rogers, 1974a, p. 29)

En documentos oficiales del Brasil, el asesoramiento se explica cómo siendo la técnica preconizada para el trabajo en centros de prueba

del VIH. En dichos documentos se encuentran referencias sobre la forma de trabajar de Rogers y sobre sus concepciones teóricas alrededor de esta práctica (*Ministério da Saúde* [MS], 1999a, 1999b).

Rogers (1974b) recomienda una actitud *auténtica* del profesional que asume esta tarea de realizar el asesoramiento, señalando como finalidad de esta práctica el ayudar a la persona a integrarse, hacerse independiente y maduro(a) para que pueda resolver sus problemas a medida que surgen en su vida. El autor se basa en el principio de que, potencialmente, las personas tienen esa capacidad, pudiendo llegar, por sí mismas a resolver sus dificultades en el proceso del asesoramiento, siempre que se les ofrezca un ambiente adecuado (Rogers, 1974b).

Para alcanzar ese objetivo, el asesor debe tratar de aceptar y comprender la personalidad del usuario, con sus aspectos positivos y negativos, y existe la exigencia de tener una actitud de acercamiento para pensar con él. Por ello se priorizan, en la relación involucrada entre el ase-

² Traducción nuestra (1974a, p. 29).

sor y el usuario, los contenidos emocionales más que los intelectuales, y, más que resolver un problema, habilitar al usuario a que tome sus decisiones en el presente y en el futuro. Eso plantea un desafío en el asesoramiento de las EST/VIH/Sida, puesto que presupone tener que transmitir una cantidad de informaciones, y aún así, mantener el foco en el usuario. Souza, Czeresnia y Natividade (2008) señalan que ese aspecto del asesoramiento constituye una práctica paradójica, puesto que abarca, bajo la mirada de los usuarios, momentos que generan el asesoramiento – tensiones; diálogo-normatividad; miedo-motivación, reflexión-parálisis.

En el asesoramiento en VIH/Sida, se debe crear las condiciones para proveer actitud de escuchar, respetar el sistema de creencias del individuo, y aportar para que ellos también tengan confianza en sus propios recursos internos para poder tomar las decisiones sobre sus vidas. Una tarea adicional consiste en que todo esto transcurra en un contexto que se relacione a haber o no haberse infectado con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tener o no condiciones para adoptar prácticas sexuales más protegidas, poder o no poder negociar el uso de preservativo con la pareja, querer o no querer tomar la medicación antirretroviral,]entre otras condiciones de vida, salud y cuidado que puedan relacionarse a la singularidad del usuario que participa en el asesoramiento .

Por ello,

. . . acciones de asesoramiento que se realizan en el ámbito de los CPA propician la posibilidad de transformar al ciudadano en sujeto de su propia salud y de su enfermedad. El asesoramiento debe permitir que el sujeto pueda incorporar, en su experiencia personal, las informaciones sobre el Sida y su prevención, y que encuentre alternativas personales y colectivas para hacer frente a las cuestiones propuestas por la epidemia³ (MS, 1999a, p. 9)

El proceso de asesoramiento en EST/Sida contiene tres componentes: el apoyo emocional para el usuario, apoyo educativo; y evaluación de riesgos, que lleva a la reflexión sobre valores,

actitudes y conductas (Miranda, Barroso, Silva, & Silva, 2008).

Así, el asesoramiento es también una acción de prevención, y es uno de los componentes del proceso de diagnóstico, proporcionando al usuario atención personalizada y singular. Se puede realizar, en la práctica de los CPA, en los momentos pre y pos- testes y puede no restringirse a la atención de personas que buscan el diagnóstico (MS, 2010).

El asesoramiento debe ofrecerse a todos los usuarios de los CPA antes de realizar las pruebas. Es en este momento que se realiza la acogida, que se establece el vínculo, releva las situaciones de vulnerabilidad y la orientación sobre la prueba. Este es un procedimiento que los usuarios eligen realizar o no, independientemente de la metodología diagnóstica utilizada, sea rápida o convencional. En ese caso, el profesional acoge al usuario y dialoga con él sobre lo que lo ha motivado a realizar la prueba, la metodología que será utilizada y las expectativas del resultado. El usuario tiene el derecho de decidir entre las distintas modalidades de testeo ofrecidas por el CPA (MS, 2010).

Todas esas acciones solo cumplirán con sus objetivos de ponerlo al usuario como centro, considerándolo como persona autónoma, si se tiene en cuenta las conquistas de la humanidad en el área de los derechos humanos, especialmente los derechos sexuales. En ese campo de conocimiento, se han llevado a cabo trabajos proponiendo un modelo operacional para instrumentalizar profesionales de salud en sus intervenciones de prevención de VIH (Paiva, 1998), y presentando una visión alternativa y positiva de los derechos sexuales que se pautan en principios éticos y en condiciones propiciadoras que involucran: la diversidad sexual, las diversas formas de constituir una familia, la autonomía para tomar decisiones y la equidad de género (Petchesky, 1999).

El asesoramiento para revelación de la prueba de VIH (asesoramiento post prueba) es un proceso en el cual el profesional y usuario comparten una situación cara a cara, en que uno tiene la información sobre lo que el otro vino a buscar, y en el cual se debe ofrecer espacio para que se pueda depositar el conocimiento que se ha ad-

³ Traducción nuestra (1999a, p. 9).

quirido a lo largo de la vida haciendo sus propias elecciones. El consejero terapeuta tiene una función, que es ser como un moderador, emisario de la información que será vehiculada, intentando garantizar un ambiente de confiabilidad en los resultados, de confidencialidad y de respeto a los derechos individuales.

En la concepción inicial de los CPAs, no se había previsto la creación de vínculos largos y/o duraderos en los procesos de asesoramiento, sin embargo, el número de encuentros de atención quedó en abierto. Actualmente, según la evolución de la epidemia y frente a la complejidad de las situaciones vividas por los usuarios, se ha valorado cada vez más el vínculo con dichos usuarios. Además, se propone el *asesoramiento continuado* para personas que esperan los resultados de los exámenes del VIH, sífilis, hepatitis, así como para personas que viven con VIH/Sida, portadores de hepatitis y sus familiares, mientras no se los deriva y se los atiende en los servicios de referencia para tratamiento (MS, 2010).

La dinámica del asesoramiento varía mucho según el tipo de persona atendida, pero es deseable que el consejero o asesor, frente al resultado reactivo, esté capacitado para: (a) ofrecer apoyo emocional, permitiéndole al usuario tiempo para asimilar el impacto del diagnóstico; lidiar con sentimientos de culpa, rechazo, castigo, desmitificando aspectos de degeneración, muerte, entre otros; (b) diferenciar la condición de portador del virus del de enfermo, informando sobre la necesidad de realizar exámenes complementarios que serán realizados por el servicio de referencia, recalcando la importancia del tratamiento para el Sida; (c) reforzar la necesidad de adoptar medidas preventivas para evitar la re-infección por el VIH y otras ESTs, y la transmisión del virus a otras personas; (d) garantizar el aprendizaje de cómo colocar el preservativo; (e) orientar sobre la necesidad de revelar el resultado a la(las) pareja(s) actual(es), poniendo a disposición el servicio para eso; e (f) derivar los pacientes a los servicios complementarios de asistencia médica, y social, siempre que sea necesario, incentivando la adherencia a la terapia medicamentosa (MS, 1999a).

Para comprender los procesos de asesoramiento que se analizan en este artículo, se uti-

lizaron conceptos de la teoría psicoanalítica de D. W. Winnicott. Se trata de una teoría que tiene como supuesto que la relación intersubjetiva entre el analista y el analizando es lo que determina la transformación subjetiva, más que cada uno de los participantes de este dúo (Winnicott, 1954/1978a).

Al llevar a cabo el trabajo analítico, el autor propone la creación de un *setting* para poder hacer frente a las demandas, que se transforman continuamente en la vida contemporánea, exigiendo un cambio del lugar del analista. En su concepción, en ese *setting*, no se prioriza ni el lugar del analista ni el lugar del analizando, recomendándose una posición de poder transitar entre un lugar en donde el individuo pueda proveer sus necesidades más primordiales, sin ser invadido con contenidos que no consiga soportar, planteados por el analista. El lugar propuesto es el de una *madre suficientemente buena* que le ofrece a su niño el *holding*, es decir, la sustentación de su angustia fundamental hasta que esté en condiciones de utilizar sus propios recursos y pueda caminar solo (Moreno & Reis, 2002).

Winnicott (1971/1984, 1965/1994b), identificando cada vez más la importancia de la primer entrevista en psicoanálisis, desarrolló una modalidad de atención llamada *consulta terapéutica*, dirigida especialmente a los individuos para los cuales no se indicaba una análisis en el formato tradicional. Se caracterizaba así, en este(s) encuentro(s) una valoración del tiempo y espacio de conversación. En la consulta terapéutica, se propone que el ambiente creado facilite el poder presentar cuestiones traídas por el mismo sujeto, con la sustentación y la paulatina apropiación elucidante de las mismas por medio de la mutualidad. Ese ambiente entre analista y analizando se concibe a partir de las nociones desarrolladas en base a la relación madre-bebe. La madre, de forma especial, introduce al bebe a sus relaciones con personas y objetos gradualmente, y en la medida de sus posibilidades (Winnicott, 1971/1975b, 1951/1978b). La madre sustenta al bebé al mismo tiempo que se adapta a sus necesidades psíquicas, durante el proceso de maduración. Con eso, ella está constituyendo el *holding* del bebé, una noción que es representativa de la misma sustentación. Significa que toda

la atención de la madre se vuelca al niño, con una preocupación que la acerca de tal modo que le permita proveer las provisiones del ego necesarias y que serán fundamentales a lo largo de su desarrollo. El *holding* se trae a la relación terapéutica como el *setting*, es decir, un ambiente confiable y de apoyo. Así, al transferir la imagen madre-bebe al *setting* analítico, y, por ende, al ambiente que existe en una relación de confianza, apoyo y ayuda, es esta la función que ejerce, como una presencia, “presencia que da sustento”, que se considera necesaria en el momento del asesoramiento para revelar la prueba anti-VIH.

Winnicott (1986/2001) considera que solo se puede ayudar a alguien verdaderamente cuando el interés por lo que esta persona dice se mantiene vivo. Y es ese interés en el usuario que viene a buscar el resultado del examen anti-VIH que se ha intentado investigar en los procesos de asesoramiento de los sujetos escuchados en la investigación que originó el presente artículo.

Método

La investigación se llevó a cabo en dos Centros de Exámenes o Pruebas y Asesoramiento en EST/Sida del Municipio de São Paulo (CPA), servicios en que la tecnología del asesoramiento se practica para revelar el resultado del examen anti-VIH. En el periodo en que se realizó la investigación, el examen serológico utilizado para la detección de la infección por el VIH era el Inmunoensayo, conocido como Elisa, cuyos resultados eran revelados al usuario cerca de quince días después de realizarlo. Cuando el resultado era reactivo, se realizaban las pruebas de confirmación Western Blot o Inmunoblot. En ese entonces aún no estaba disponible la prueba rápida que se utiliza actualmente en estos centros para la detección de la infección por el VIH.

Los dos CPAs tenían características similares en lo que respecta el horario de funcionamiento y la composición del equipo. Todos los consejeros psicológicos o asesores eran del sexo femenino y la formación profesional variaba. Había médicas, enfermeras, asistentes sociales, psicólogas y educadoras de salud pública.

Se informó a las instituciones sobre los objetivos y procedimientos del estudio en reunio-

nes con los asesores y la coordinación, antes de recopilar los datos. En dichos encuentros había un acuerdo acerca de la estrategia para nombrar a voluntarios y sobre la puesta en operación de la entrevista para coleccionar datos, de modo a no interferir demasiado en la rutina de los profesionales.

La elección de estas unidades de salud se basó en sus datos de producción. Entre los CPAs, estos eran los que más realizaban pruebas serológicas anti-VIH en el municipio, porque estaban ubicados en locales de gran circulación de personas.

Para poder captar usuarios, se colgaron afiches y se puso a disposición tarjetas-invitaciones que debían ser distribuidos por los mismos asesores al final de cada asesoramiento.

Uno de los equipos prefirió abrir un sistema de horario marcado para las entrevistas, con horarios prefijados con los que realizaba la investigación, y se avisaba cuando hubiese un usuario interesado en participar en la investigación. El otro equipo prefirió orientar al usuario a que haga contacto el(ella) mismo(misma) con la investigadora para marcar el horario de la entrevista. Esta forma de captar usuarios no tuvo el resultado esperado, y después de algunos meses, en esta unidad se permitió marcar citas, siguiendo el ejemplo del trabajo ya en curso en el otro CPA. Además de esta estrategia de captación, la investigadora empezó a acudir al CPA en fechas y horarios acordados con el equipo, independientemente de tener voluntarios con cita o no. Esa medida de acercarse a la institución permitió que se tomaran testimonios de los usuarios inmediatamente después del asesoramiento, cuando estaban disponibles; o marcar eso para otro día, conforme lo deseaban.

Se tomaron tres testimonios antes de la revelación de la segunda serología (examen de confirmación). Se observó, en esos casos, que los clientes lograron expresar sus percepciones sobre la forma en que se les comunicó el resultado, sin embargo, dos de ellos tenían la esperanza de que la segunda muestra de sangre fuese no reactiva. Fue posible obtener informaciones al respecto de los dos procesos vividos de revelación de resultados.

Otros tres entrevistados fueron oídos en mismo día de la segunda comunicación de serología y, en los tres casos, ese tiempo no pareció interferir en la forma en la cual formularon sus testimonios.

Se utilizó la técnica de la entrevista abierta, definida como “conversación entre dos, realizada bajo iniciativa del entrevistador, destinada a suplir informaciones importantes para un objeto de investigación, y centrada (por el entrevistador) en temas igualmente pertinentes con miras a este objetivo”⁴ (Kahn & Cannel, 1962, p. 52 citados por Minayo, 1994, p. 108).

Por medio de la frase: “*Cuénteme como fue la comunicación del resultado positivo para Usted, aquí en el CPA*” cada entrevista empezada de tal forma que la conversación circulase alrededor del asesoramiento, momento en el cual el resultado de la prueba serológica anti-VIH reactivo se revelaba.

A partir de esa indicación, se creaba un espacio libre para que el sujeto pudiese construir la narrativa a su propia manera. El entrevistador introducía preguntas, cuando fuese necesario, para permitir obtener las informaciones que cumplían con los objetivos de la investigación. Estas preguntas seguían temas que serían abordados, pero sin un guión previamente establecido. El usuario podía hablar libremente sobre el asunto en pauta, como en el procedimiento que se llama *testimonio personal, historia de vida tópica o historia oral* (Minayo, 1994; Queiroz, 1991). Se invitaba al usuario a hablar al respecto de este periodo de tiempo vivido, que lo remitía al evento sucedido en ese momento de su vida y que era el objeto de la investigación: la revelación del diagnóstico de la infección por el VIH.

El uso de la entrevista tuvo como miras traer a la superficie el enredo de este momento repleto de significados, difícilmente accesibles y difícil de ser compartidos, y que tiene interferencias subjetivas en la narrativa del entrevistado, resultantes de su memoria, de su vivencia de la situación y del abordaje del entrevistador. El sujeto organizaba la secuencia y el contenido de su relato de la forma que prefería, pudiendo realizar

idas y venidas, paradas, repeticiones, además de dejar brechas que resultaban de la falta de memoria, motivación y /o percepción. Esos aspectos fueron importantes para revelar sentimientos o representaciones mentales de cada uno de los sujetos al vivir la experiencia de revelación de su diagnóstico de la infección por el VIH, y de como él percibió el asesoramiento en el cual participó.

El papel de la investigadora también fue determinante de la continuidad (o no) en los temas relacionados al contexto de la revelación del diagnóstico, puesto que, dependiendo de la condición singular de cada entrevistado, el camino trillado por las narrativas podía diversificarse y alejarse del foco central de interés del presente estudio. La actitud de escucha de la investigadora y la disponibilidad en ese momento subsecuente al asesoramiento permitió que surgieran contenidos psicológicos significativos para los usuarios. El clima de las entrevistas siempre fue muy relajado, de tal forma a permitir la libre expresión de los entrevistados, y el trabajo solo se clausuraba cuando el entrevistado decía que no había más informaciones para agregar. La duración de las entrevistas varió de 45 minutos a una hora y 15 minutos.

Se grabaron las entrevistas y se hizo la transcripción para poder “. . . mantener al máximo las propias expresiones de los informantes y su forma de enganchar los hechos . . .” (Queiroz, 1991, p. 60-61).

Al final del primer encuentro con el voluntario, siempre se proponía una segunda entrevista, dejando claro el libre albedrío de participar o no. Entre los voluntarios, ocho concurren a la segunda entrevista y los otros seis no lo hicieron. Hubo el desistimiento de ocho personas en la primera entrevista, incluyendo a dos mujeres en ese grupo. Estas personas marcaron el horario y no concurren o cancelaron antes.

Los criterios de inclusión en la investigación fueron: (a) tener 18 años o más; (b) tener resultado reactivo en la prueba serológica- Inmunoensayo enzimático (Elisa) y examen de confirmación Western Blot o Inmunoblot; (c) haber participado en el proceso de revelación del diagnóstico de la infección por el VIH en los CPA investigados; y (d) haber firmado de forma

⁴ Traducción nuestra (1994, p. 108).

voluntaria el Término de Consentimiento Libre e Informado.

No se definió a priori el número de sujetos en la investigación. Se fijó un límite de voluntarios debido a criterios como: la dificultad de captar voluntarios y la consiguiente demanda y extensión del tiempo de colecta en cuatro veces comparado con la previsión inicial, la repetición de los contenidos en un mismo centro, la calidad de los datos obtenidos a partir de las entrevistas y la naturaleza cualitativa del estudio. El número de personas incluidas fue el mismo en los dos CPAs.

Se realizaron 20 entrevistas, con 14 sujetos. El intervalo entre el primer asesoramiento y la entrevista varió en función del tiempo que cada usuario demoró para buscar el resultado. El intervalo entre la primera y la segunda entrevista de la investigación osciló entre una y dos semanas, según la conveniencia del sujeto en realizarla. Entre los voluntarios, ocho no concurrieron a la segunda entrevista. El tiempo dedicado a la colecta de datos fue de un año (entre las fechas de la primera y la última entrevista).

Para el análisis de las entrevistas, cada una de éstas fue considerada como una unidad de significación dentro del *corpus*, definido como el conjunto de documentos que se deben someter a los procedimientos analíticos (Bardin, 1977/1995).

El análisis fue precedido por un examen juicioso de cada entrevista, considerándola como un todo, e intentando entender su lógica, aspectos ambiguos, contradictorios e inconscientes, con el objetivo de capturar cada historia de revelación del diagnóstico de la infección por el VIH de las personas entrevistadas.

Para sistematizar y organizar los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido, haciendo recortes en los relatos, orientados por las categorías analíticas construidas en base a los objetivos de la investigación. Esos objetivos se basaron en los aspectos esenciales que deben constar, por definición, en el asesoramiento serológico, conforme las normas del Programa Nacional de EST/Sida. De esa forma se construyó y constituyó el *corpus*.

Lo que sirvió de guía a la lectura de las entrevistas y para la organización de los resultados

fue el hecho de que los centros siguieron el mismo *protocolo*, así como las mismas directrices para el asesoramiento.

El uso de los conceptos extraídos de la teoría de Winnicott, en base a los cuales se estructuró el presente estudio, sirvió como herramienta de interpretación y *matriz de análisis*, cuya construcción proviene de la interacción entre las hipótesis iniciales de trabajo y el *corpus* (Blanchet, 1992), constantemente vistos, revistos y articulados. La constante interacción permitió operar como conceptos utilizados fuera de su campo original.

El proyecto de investigación se sometió a y fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad de São Paulo y la Secretaría Municipal de la Salud de São Paulo (CAAE 074/2003).

Resultados y Discusión

Sujetos de la Investigación

Todos los entrevistados eran del sexo masculino, con edades variando entre 21 a 65 años. La escolaridad predominante fue de 8 a 11 años de estudios concluidos, seguida de 12 o más años de estudio. Apenas un entrevistado mencionó tener entre 1 a 3 años de estudios concluidos. La categoría de exposición a la infección por el VIH fue la sexual, siendo que la mayoría de los entrevistados tenía orientación sexual homosexual. Dos entrevistados se identificaron como teniendo orientación sexual heterosexual. La mayoría de los entrevistados tenía pareja fija en el momento de la investigación, pero apenas tres tuvieron una o ninguna pareja durante el último año. Los demás tuvieron más de dos parejas en el último año, con un profesional del sexo llegando a tener más de cien parejas.

Análisis del Contenido e Interpretación

La elaboración de los resultados se basó en la creación de las categorías que se relacionan a los objetivos de la investigación. El material empírico será presentado en la medida en que demuestre ser relevante para ilustrar el análisis, y para que sirva de elemento para comprender los procesos vividos de revelación de resultado.

La primera categoría resume la investigación al respecto de la *escucha del usuario y de su centralidad en el proceso de revelación del diagnóstico del VIH*.

El análisis de los relatos mostró que los usuarios se dividieron en dos grupos que corresponden, de forma muy general, a las *respuestas afirmativas* o *negativas* a la pregunta analizada. Así, dos de ellos (Paulo y Omar) manifestaron de forma explícita su opinión negativa en lo que respecta la pregunta involucrada: no se sintieron el centro de la comunicación, ni se sintieron escuchados en relación a sus sentimientos y preocupaciones resultantes de la revelación de su resultado reactivo. Los otros doce participantes consideraron que se cumplió este objetivo al revelar el resultado reactivo, siendo escuchados y reconocidos como estando en el centro de la conversación. Ellos son: Sílvio, Milton, Nei, Luís, Juvenal, Evandro, Arnaldo, Mário, Pedro, Cássio, Bruno y Jonas, cuyos nombres son ficticios.

Aunque consideraron que habían tenido un asesoramiento satisfactorio, se observa en sus narrativas que no todos consiguieron plantear preguntas a las consejeras psicológicas o asesoras por timidez, porque todas eran mujeres o porque no se sintieron con el derecho de ocupar el tiempo de la profesional:

Sí, creo que el hombre con la mujer, cuando viene un hombre tímido, éste va a tener vergüenza de conversar con la mujer. ¿Creo que, con un hombre, él no tiene tanta vergüenza, puesto que va ser hombre con hombre, verdad? En ese caso, va a preguntar más cosas, tal vez, preguntar más cosas, porque es hombre. Ahora, con una mujer, el hombre, puede tener vergüenza de una mujer. ¿Como hay hombre que tiene, verdad? . . . con el paso del tiempo yo puedo entrar para preguntar más cosas que nosotros tenemos que preguntar. . . . La primera vez que venimos . . . ni se encuentra la pregunta para preguntar. Entonces él pregunta algunas cosas, de diez él pregunta dos. ¿Entendió? Es que pensamos que el espacio es corto y si seguimos haciendo preguntas va a demorar demasiado. Entonces queda todo en nuestra cabeza, verdad: “no, si yo formu-

lo demasiadas preguntas voy a obstaculizar su trabajo” (Sílvio).

Se identificaron las preocupaciones dirigidas al “de ahora en adelante”, para las manifestaciones de la enfermedad y para algo que los usuarios aún no entendían en ese instante. Parte de los entrevistados no creó de pronto en el resultado y necesitaron algún tiempo para aceptar la idea de que estaban infectados por el VIH, haciendo uso del mecanismo de negación y de racionalización. Ambos mecanismos de defensa solo pudieron ser accedidos por los entrevistados, cuando hubo la acogida y el apoyo por parte de las asesoras profesionales.

Otro tipo de negación surgió en relación a la dificultad de aceptar como vía de infección la exposición a una situación de riesgo sexual. Un entrevistado insistió que contrajo el virus por haber compartido un objeto cortante de uso personal con un amigo (Evandro). Según los datos suministrados por él mismo, eso no sería posible y lo que subyacía esa negación era su dificultad de asumir la orientación sexual homosexual, como se exploró en su asesoramiento.

Entre los sentimientos relatados, fue frecuente el miedo de tener que depender de los otros, de las personas con las cuales convivían, y de tal vez llegar a ser abandonados por ellas (Luís y Paulo).

Aún al haber establecido ese espacio de conversación, la transferencia a otro centro fue uno de los motivos que interrumpió la discusión de las cuestiones de los usuarios en asesoramiento “*Tuve ganas de hablar con alguien sobre lo que está sucediendo, pero no hubo tiempo hábil, porque yo ya estoy yendo al SAE [Servicio de Atención Especializada en EST/Sida]”* (Milton).

. . . ella me habló sobre ese lugar que me mencionó, que allá hay un psicólogo. Entonces. . . si yo quiero conversar con una psicóloga, ellos lo ofrecen allá . . . el centro aquí. Es básico y es solamente eso (Luís).

El espacio abierto para la conversación en el asesoramiento y el cuidado al revelar el resultado reactivo permitieron a los sujetos plantear sus preguntas, como se describe a seguir.

En el caso de Evandro, quedó clara la negación de su condición de portador de una enfermedad incurable, por considerar que su infecci-

ón por el VIH era pasible de cura. Este usuario se encontraba también en un proceso de negación de su propia homosexualidad. Durante el proceso de asesoramiento se sintió el centro de la conversación, teniendo su lugar preservado y sus creencias respetadas.

Distintamente de Evandro, Juvenal aceptó su seropositividad como un hecho que no sería negado. Y, de cierta forma, lo hizo de manera complaciente, pese a no esperar haber sido infectado por el VIH y de no siempre hacer sexo seguro.

Pedro asumió totalmente su falta de protección en lo que respecta el VIH en su última experiencia amorosa. Estaba aún bajo el enorme impacto de la pérdida de su compañero. Gran parte del tiempo de la entrevista se refirió a ese tema.

El relato de Jonas señaló que, pese a la apertura del espacio en el contacto intersubjetivo se observó un límite sumamente tenue entre el cuidado y la reprehensión. Explicó que como había tenido una quincena de resultados no reactivos anteriormente, sintió que la asesora profesional se frustró por la falta de práctica de prevención que llevó a la infección por el VIH. Afortunadamente, en su caso, parece haber sido posible aclarar eso por medio del diálogo. Después de que “cayó la ficha” se dio cuenta que podía asumir responsabilidad por su falta de prevención (o su *vacilo*, como dice él), porque hubo tiempo para eso y él pudo explicar cómo se sentía:

Fue medio severo así. Creo que insistió demasiado, no que se equivocó, pero fue muy rígida así “pues, tú estás condenado, pero al mismo tiempo, tú tienes la oportunidad todavía”, sabes. Me pareció que fue muy duro, eso. Pero fue aquel momento de tensión, pero que también al mismo tiempo de cierta forma abrió mi cabeza, para decir “escucha, tú estás equivocada, tienes que asumir que te equivocaste y ahora, a partir de ahora, tienes que hacer las cosas diferente”. . . . Me expuse. . . . Dije lo que estaba sintiendo en ese momento, sin miedo (Jonas).

Esa cautela al revelar el resultado fue una de las características apuntadas por los usuarios, así como la necesidad de crear un vínculo de

confianza. Uno de los entrevistados que ya tenía más familiaridad con el centro y con la asesora profesional que le hizo la revelación del diagnóstico de la infección por el VIH contó que días después de haber recibido el resultado del test, vino de forma espontánea al CPA para conversar una vez más con la asesora. De esa forma, el confirmó haber tenido espacio para hablar con ella sobre lo que estaba sintiendo, basado en la confianza mediada por el asesoramiento. Se sintió apoyado y acogido por ella, especialmente por ser atendido por ella sin tener cita marcada.

Sentí mucha confianza en ella [en la asesora] . . . yo tenía que venir aquí solamente mañana. Dije: “no, voy hoy, ya que quiero conversar con la [nombre de la asesora]. Quiero ver que más tiene que decirme”. . . . Porque ese día yo no quise conversar mucho, no tenía como contarle . . . Ni estaba marcada la cita ni nada. Solo le pregunté si podía hablar con ella. . . . Ella me atendió para que pudiéramos conversar. ¿Ella está siendo fantástica, sabes? . . . no tengo a nadie con quien compartir eso, entendiste? Estoy yo allí charlando con ella. . . . Mi primer examen negativo fue ella que me lo entregó, sabes? La segunda muestra, no. Y este ahora resultó positivo, también fue ella. . . . Ella me dio el teléfono de aquí también . . . Para cualquier cosa que yo necesitare (Bruno).

Omar y Paulo no se sintieron colocados en el centro de la comunicación de sus resultados. Por esa razón, no pudieron hablar con sus respectivas asesoras sobre sus sentimientos y preocupaciones, transmitiendo las versiones más negativas de lo que se procesó en el momento de revelar el resultado.

En la entrevista de investigación, uno de los entrevistados trató de crear diálogos ficticios con la asesora, en los cuales imaginaba como el usuario pudiese sentirse mejor acogido, pero eso no ocurrió con él. La relación intersubjetiva vivida en la actividad de asesoramiento fue impersonal:

. . . como yo creo que no hubo preparación, para dar la noticia, porque se preocupó en llenar los documentos administrativos que hacen parte del proceso, entonces cualquier pregunta que se formulase allí al respecto

de mi sentimiento, allí ya no era más válido. Además, no surte ningún efecto. ¿Entendiste? ¿Por más que se trate de dar confort a la persona, no va a surtir ningún efecto, verdad? ¿... Yo le voy a transmitir esa información a la persona? Bárbaro, Entonces voy a ponerme en su lugar. No hacer con que sea algo muy seco o entonces, es. . . . ¿Uno más! ¿Entendiste? Así. . . . Algo muy común. Porque todos los días uno hace lo mismo, entonces termina por perder la sensibilidad. Eso es lo que yo sentí. (Omar).

Esa percepción perjudicó la segunda experiencia intersubjetiva que ocurrió entre este usuario y la asesora que le dio el resultado del examen de confirmación. El rechazó la relación de ayuda proporcionada, pese a la percepción de que se trataba de una asesora con una escucha más centrada en el usuario. Su historia y sus cuestiones personales jamás fueron abordadas.

La segunda vez que fui . . . la persona que conversó conmigo me pareció tener más sensibilidad, sabes? . . . entonces me sentí un poco más acogido, sabes? Pero yo ya sabía el resultado. . . . Quedó una laguna, una brecha, sabes? ¿Sabes cuándo queda ese vacío? Me quedé pensativo. [Habla como si fuese la asesora] “¿Todo bien Omar? . . . ¿Que estas sintiendo?” . . . ¿Pero, yo no lo logré, sabes? Es . . . Desbordarse. (Omar).

El otro entrevistado que tuvo una sensación negativa, de “atención automática”, fue Paulo. En su primer asesoramiento pos-examen, según él, no hubo ninguna preparación para darle el resultado reactivo, ni espacio para plantear sus sentimientos y emociones resultantes de ello:

¿Mi sensación? ¿De qué? ¿De la noticia? . . . ¿Bien automática! . . . Imagínate que tienes una tarjeta del Banco 24 horas, tu tarjeta entra y sale. . . . ¿Fue muy rápido! . . . No . . . No hubo espacio. Ese espacio fue cuestionado más tarde, cuando yo estaba levantándome, y allí ya no, si después de esa noticia ya no hubo preparación inicial, por que iría querer eso después? (Paulo).

Los usuarios esperaban obtener alivio para el sufrimiento que la revelación del diagnóstico provocó en ellos, y pudieron obtenerlo cuando

los procesos de asesoramiento vividos verdaderamente se centraron en ellos como sujetos de su propia historia de infección.

En los relatos de los entrevistados se identificó que ellos no tenían con quien hablar, a veces, ni con quien vivir, con la presencia del sentimiento de angustia por estar solos.

Los entrevistados mencionaron también la necesidad de que la asesora respetase los derechos de cada uno, de poder elegir entre tener el resultado revelado con cautela, postergado, después de los procedimientos normales del centro; o, al contrario, de que el mismo se diera inmediatamente, “sin rodeos”, ni bien ingresase en el espacio de asesoramiento.

De acuerdo con Winnicott (1967/1975a, 1951/1978b), la noción de espacio se encuentra estrechamente vinculada a la de tiempo, en lo que atañe los primeros contactos con la realidad.

El proceso se inicia desde la primera experiencia de adaptación del bebé, cuando la madre le presenta los objetos en la dosis adecuada, de tal forma a darle el *suministro adaptativo*. Así, . . . la madre logra funcionar como un agente adaptativo [que] presenta el mundo de tal forma que el bebé empieza con un suministro de la *experiencia de omnipotencia* [subrayado por el autor], que constituye el cimiento apropiado para que, después, él entre en contacto con el principio de la realidad⁵ (Winnicott, 1968/1999a, p. 13)

Mientras el niño no está apto para tolerar frustraciones y conflictos con la realidad, la madre espera, postergándolo hasta que eso sea soportable para el bebé. Está implícita allí la noción del autor de “ambiente facilitador”.

Transponiendo esto a la situación de revelar el diagnóstico de la infección por el VIH, lo que los usuarios mostraron fue que la delicadeza de la situación requiere la presencia del asesor, para que se pueda esperar, en la medida de lo que sea posible para cada uno, o sea: el necesitaría funcionar como *la madre suficientemente buena*, presentando los objetos de la realidad a medida que percibe que el usuario puede soportar las frustraciones. Su presencia es ausencia también,

⁵ Traducción nuestra (1968/1999a, p. 13).

para que el usuario pueda constituirse como un ser separado y paulatinamente más independiente en relación a su propia condición de portador del VIH.

En lo que respecta este aspecto, se observó además que el resultado de la segunda muestra (test confirmatorio) permitió que los usuarios desarrollaron un poco mejor el proceso de elaboración de sus diagnósticos, como un tipo de función adaptativa. Parte de ellos trataba de mantener la esperanza de que el resultado de la segunda muestra (comunicado en un segundo encuentro) fuese no reactivo, pero frente a la confirmación de la serología reactiva, poder tener un espacio compartido en el cual pudiese ser escuchado, los ayudó a lidiar mejor con la angustia y así elaborar planes de tratamiento. Los dos factores (tiempo de elaboración y tiempo de escucha) parecen haber tenido un efecto que favoreció una mejor condición psicológica para regresar al centro, para buscar la confirmación del resultado.

Filgueiras y Deslandes (1999) observaron y analizaron asesoramientos de los distintos servicios brasileños, y obtuvieron hallazgos similares a los del presente estudio, en lo que respecta la actitud de acogida y la escucha de los asesores. Esta era una de las características del asesoramiento que muy a menudo se encontraba perjudicada en los centros investigados por estas autoras.

El *enfoque sobre las informaciones que se refieren a prevención de las EST/Sida, la adherencia a la Terapia Antirretroviral (TARV) y al auto-cuidado* fue ofrecido en todos los asesoramientos, cumpliendo con las recomendaciones de los programas de prevención de las EST/Sida. Dichas informaciones tienen como miras estimular al individuo a que cuide su propia salud, con vistas a incrementar la sobrevivencia.

Gran parte de las preguntas formuladas por los usuarios durante el asesoramiento se relacionaban a los efectos causados en el organismo por el VIH y la especificidad de los exámenes y tratamientos que serían necesarios. Se orientó a los usuarios a que disiparan esas dudas en otro centro de referencia, con el médico u otro profesional, según el caso, o con la misma asesora

que aclaró las dudas en el momento del asesoramiento.

Pese a estas orientaciones sin embargo, los espacios de interlocución y de negociación en el proceso de asesoramiento fueron perjudicados por cuestiones de tipo personal, no explicados en el momento de revelar el resultado, pero relatados en las entrevistas, y que obstaculizaron la búsqueda por aclaraciones. De cierta forma, estas barreras mantienen a esas personas en su estado de vulnerabilidad individual, no instrumentalizándolas para lidiar con la infección, con la enfermedad, y con el uso de prácticas de prevención.

Souza et al. (2008) también identificaron en su estudio posiciones diferenciadas de los entrevistados, en lo que respecta la necesidad o perspectiva de cambiar sus condiciones de vulnerabilidad, y también en relación a la toma de decisión y construcción de una alternativa preventiva.

En el presente estudio hubo un entrevistado que sugirió que las informaciones adicionales fuesen suministradas por escrito, por medio del folleto educativo. Él consideró que si la persona estuviese muy angustiada, no prestaría atención a las informaciones que más tarde serían esenciales para los cuidados de su salud.

Esa sugerencia siguió la misma dirección de lo que fue normalizado en 2001 para testes y asesoramiento por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EE.U.U. (Galant, 2004). A partir de esas normas se elaboró un *hand out* conteniendo informaciones para reducir el riesgo de infección por el VIH, y recursos disponibles para la atención, respetando la cultura, idioma, sexo, orientación sexual, edad y nivel educativo.

Además, los usuarios durante la entrevista de investigación solicitaron informaciones sobre los avances científicos rumbo a la cura de la enfermedad, sugiriendo que, en su proceso de revelación del diagnóstico, no se formulara preguntas referentes a ellas.

“¿ . . . con el paso del tiempo, va a haber una cura? ¿Usted cree que existe la posibilidad de que haya una cura, para el Sida?” (Nei).

Pese a que las dudas pueden permanecer, los entrevistados se refirieron a haber logrado una comprensión al respecto de la necesidad de cuidarse y de no transmitir el virus, estando convencidos con relación a eso, sin perder la esperanza de que un día exista una cura para el Sida.

Durante la revelación del resultado, de forma general se abordaron contenidos sobre la carga viral, infección por enfermedades oportunistas y otras enfermedades, además del tratamiento, manteniendo en los sujetos el interés por vivir. Contenidos sobre las prácticas sexuales desprotegidas también fueron parte del asesoramiento, con un refuerzo de la necesidad de evitar el riesgo involucrado en dichas prácticas.

“Ahora pienso en vivir; no en llorar por la leche derramada, seguir adelante con mi vida; cuidarme bastante, y evitar transmitir el virus” (Luis).

Los usuarios recibieron adicionalmente orientación sobre la necesidad de concurrir a otro centro que va a evaluar la carga viral y el momento de iniciar tratamiento.

. . . Si yo tengo que tener esa carga, voy a tener que cargarla; no la voy a dividir con nadie, entendió? . . . quiero ver el resultado de eso, como está al principio, para que yo llegue a la medicación y así sucesivamente. Porque ahora voy a hacer esos exámenes que voy a darle al médico. Ellos ya me han transferido allí porque es allí que va a haber más, entendió, un avance más significativo. (Luis)

De acuerdo a estos hallazgos, la manera clara y explicativa de los motivos de la derivación puede favorecer su paso del CPA al SAE. Esta derivación al servicio de referencia más cercano a su domicilio dependió del acuerdo de los usuarios, pues se había demostrado recelo por la posibilidad de que ellos encontraran allí a personas de sus vecindarios, o a personas conocidas que pudieran enterarse del diagnóstico de la infección por el VIH, y que empezarían a discriminarlos:

Es un lugar abierto, hay muchas personas que nos ven. . . . Uno se vuelve público; todo mundo va a saberlo, su vecindario y volvemos al tema que mencioné. . . . De la dis-

criminación. Porque no son todos los que se sientan cerca de una persona con sida en el ómnibus y no son todos los que toman un sorbo de agua o de cerveza del mismo vaso. . . . No todo mundo comparte las mismas ropas o vestimentas. . . . Aquí cuando uno llega, te llaman a una sala y conversan contigo . . . estas protegido. Y allá . . . no hay ninguna protección de tu identidad, estás expuesto a todos. . . . (Arnaldo)

De esta forma, la confidencialidad demuestran ser esencial en la situación de asesoramiento, por ser un derecho asegurado y porque el usuario experimenta, a partir del momento de la revelación del resultado, la dificultad de que su condición de seropositivo se haga pública. Es un indicador para que los centros se dediquen más al trabajo dirigido a los sentimientos vinculados a la construcción de identidad de los usuarios, que se encuentra alterada por el resultado del examen. Esa alteración parece estar vinculada directamente a la amenaza de vivir situaciones que causen estigmas, caso su infección por el VIH sea de conocimiento de otras personas. Estos sujetos parecerán estar viviendo (sufriendo) internamente la propia estigmatización. Y estaban rehaceos de que eso se exteriorizase, es decir, que otros los estigmatizasen al conocer su condición de seropositividad.

Durante la entrevista de investigación, Evandro y Paulo ya habían entrado en contacto con los respectivos servicios de asistencia en EST/Sida, los que quedaban más cerca de sus domicilios. Evandro pasó por un equipo de acogida y marcó una cita con el médico infectólogo. Sin embargo, Paulo recibió la información de que tendría que conseguir una contraseña para ser atendido en el primer día, lo que lo dejó preocupado con la acogida en la nueva unidad, y la posibilidad de demora al marcar la consulta.

Se mostró que sería necesaria la integración entre los servicios y el conocimiento de sus rutinas de atención, para minimizar ese tipo de preocupación sentida por el usuario y para mejorar la calidad de la información en el asesoramiento. Con eso, el usuario podría sentir más seguridad al salir del CPA, favoreciendo su cumplimiento con el tratamiento recomendado en su caso.

Durante el asesoramiento, los usuarios se incomodaron con las preguntas formuladas, asociadas a la necesidad de prevención y la oferta de condones. Dichos procedimientos no siempre respetaron la singularidad y el sufrimiento del momento, ya que no siempre fueron manejados de forma delicada:

. . . se preguntó si yo tenía alguna duda [sobre prevención] después del cuestionario. Cuantas parejas yo había tenido en los últimos diez años. Cuantos condones quería llevar, me pareció algo muy frío, im-presio-nante [recalca las sílabas]. . . . No que el profesional tenga que, no se va a involucrar emocionalmente con el paciente, pero él que esté allí tiene que estar muy bien preparado. ¡Ha estudiado para eso! Quien está aquí está acabado, está destrozado . . . no me voy a recordar de los últimos diez años . . . De cuantas personas tuve, de cuantas parejas fijas . . . Cuantos condones voy a llevarme . . . Hasta le dije lo siguiente a la personas: “ah, diez condones” y ella me dijo así: “¿solo eso?” Le dije: “solo”. . . . Después de un resultado como ese, a la hora . . . es indiferente si me llevo veinte condones o ningún. . . . Solo quiero saber cómo voy a lidiar con eso aún. . . . Entonces, para mí es indiferente llevarme condones. Yo no tengo una vida sexual actualmente, ¿Será que por casualidad se han enterado de eso? ¡Estoy a cero! (Paulo).

Frente a esa percepción, el efecto sobre el usuario podría causar daño, en el sentido de la (no) activación de sus recursos internos para poder enfrentar el diagnóstico, y del deseo de cuidar de su salud. Sin embargo Paulo poseía una buena capacidad defensiva y, además de eso, tuvo la oportunidad de un segundo asesoramiento con otra profesional. Esta asesora permitió instaurar una nueva relación de ayuda y de mutualidad. Se puede decir además que esta asesora profesional que lo está asesorando permitió crear la tercer área, destacada por Winnicott (1967/1975a) como

. . . una área de la *experiencia* [subrayado por el autor] en el espacio potencial que existe entre el individuo y el medio ambien-

te, aquello que, al inicio, tanto une como separa al bebé de la madre, cuando el amor de ésta, demostrado y hecho manifiesto como algo fidedigno humano, en realidad le suple al bebé el sentimiento de confianza en el factor ambiental. . . . El espacio potencial entre el bebé y la madre, entre el niño y la familia, entre el individuo y la sociedad o el mundo, depende de la experiencia que conduzca a la confianza. Puede ser considerado como sagrado para el individuo, porque es allí que experimenta el vivir creativo⁶ (p. 142)

Ampliando esto a la situación de análisis, para el autor, es importante que el analista se dé cuenta de ese lugar de continuidad-contigüidad, que se encuentra en donde los fenómenos transicionales se originan y se ubica entre ambos (Winnicott, 1967/1975a).

Los otros entrevistados se presentaron de forma distinta a Paulo con respecto a la derivación, no presentando más dudas sobre la prevención y sobre el tratamiento, pues fue posible aclararlas en el espacio del asesoramiento. Es el caso de Bruno, que pudo recordar la situación infectante, y además pudo exponer su condición de trabajador del sexo, aun habiendo señalado que percibe que las personas tienen prejuicios con respecto a eso. Ese usuario tenía plena consciencia del riesgo que corría en sus prácticas sexuales como trabajador del sexo, demostrando poder de negociación y atención a las reglas de protección, pero distanciándose en la relación afectiva del conocimiento internalizado, dejándolo “fuera”, no adoptándolo.

Debido al hecho de que la experiencia de revelación de Omar fue negativa, el no tenía la disponibilidad interna para asimilar más informaciones sobre prevención. En su opinión, había un exceso de informaciones y una carencia de espacio intersubjetivo para vehicularlas.

. . . ¡Ese es el resultado! Si yo no me hubiera preparado para recibir esa información, en la segunda vez de la confirmación, no hubiera podido participar en la entrevista [de la investigación], no iba a hacer nada. ¿Por

⁶ Traducción nuestra (1967/1975a, p. 142).

qué? Es el sentimiento y todo lo demás. Es mucho papeleo. ¡Uno se queda así: “Dios mío!” . . . Y después sigo allí en la calle allí, loco, “fingiéndolo que no tengo nada”. Y . . . ¡Punto final! Voy a seguir con mi vida normal. ¿Es esa la idea? ¿No es la idea, verdad? (Omar)

El tono de lo que dice era de indignación y de protesta contra la manera en que fue atendido en la situación de asesoramiento del primer examen. Esa experiencia podría haber perjudicado su participación en el estudio que lo interesó, y al cual quiso dar su colaboración. Pese a ello, Omar muestra que no se ha cerrado totalmente.

Existe una necesidad de estrechar el vínculo entre la prevención y la asistencia y eso puede iniciarse por medio del asesoramiento. La calidad del vínculo y de la comprensión es el primer paso para eso.

Tres de los usuarios participarían en otro estudio que les daba la garantía de tratamiento en un centro de excelencia, pero la primera indicación hecha por la asesora fue de un servicio de referencia cercano a sus domicilios, hacia donde se dirigió Jonas inicialmente.

. . . sinceramente, ese lugar me pareció medio negativo . . . la atención allí es totalmente precaria. Como ciudadano, mí que eso no me dejaría satisfecho, sabes. . . No porque la persona es positiva que debe estar en ese tratamiento. Me parece que las cosas podrían ser un poco mejores, creo yo que podría ser un poco más humano. Y yo no me sentí bien allá. (Jonas)

Pese a los aspectos negativos subrayados y de las diferencias entre los asesoramientos investigados, todas las narrativas presentadas mostraron que los aspectos involucrados en esta categoría de análisis fueron contemplados, en mayor o menor grado. Las dificultades parecen haber derivado del vínculo perjudicado entre la asesora y el usuario, y de cierta forma el malestar provocado por el cambio de la institución asistencial. Aunque reconozcan la complejidad requerida en la secuencia de su tratamiento, separarlos de un local de atención conocido y acogedor y llevarlos a otro desconocido fue un generador de ansiedad para parte de los entrevistados.

Prácticamente todos los entrevistados salieron de la situación de asesoramiento con la convicción de que seguirían practicando el sexo seguro, y con el deseo de cuidar de la salud, ya sea llevando una vida con hábitos sanos, o adhiriendo al tratamiento que se recomendaría en cada caso. Frente a estos datos, se puede suponer que los objetivos analizados de reforzar las prácticas de prevención, y de incentivar el tratamiento y el auto-cuidado se alcanzaron de manera satisfactoria en los asesoramientos investigados.

Existen diversas recomendaciones hechas por el Programa Nacional de EST/Sida que se refieren a los contenidos que deben ser abordados y que no siempre es posible tratar con todos en la comunicación del resultado reactivo. Por ello, el análisis tendrá como foco cuales fueron los *aspectos privilegiados* en los procesos de revelación del diagnóstico de la infección por el VIH descritos en el presente artículo.

Aspectos como llenar la ficha epidemiológica, superar las dificultades en compartir la noticia con otros y la oferta de otro horario de atención tuvieron un lugar de destaque en los asesoramientos relatados.

El primer, *Llenar la Ficha Epidemiológica*, se refiere a un procedimiento instituido en la rutina de los CTA, al que todos los entrevistados se refirieron. Se trata de preguntas estandarizadas con el objetivo de relevar datos epidemiológicos que son importantes para conocer el perfil de la epidemia, a fin de programar acciones destinadas al combate y prevención del Sida.

Cerca de tres entrevistados consideraron que fue incomodo contestar las preguntas, puesto que tenían que recabar su propia memoria. Esa sensación molesta se asoció al hecho de tener que explorar el pasado de prácticas sexuales (o de otro tipo) en la búsqueda para caracterizar situaciones de exposición al riesgo de infección por el VIH. Estas indagaciones provocaron malestar en estos entrevistados, como ya se mencionó.

También se abordó la contabilidad que se relaciona al uso de condones en las relaciones sexuales, tanto en lo que respecta el uso ya sucedido, como a la oferta de una cantidad de este insumo para uso en las relaciones sexuales futuras.

Ese último aspecto pareció estar fuera de tiempo y lugar, debido a la paralización o interrupción de proyectos y deseos amorosos en ese instante, como fue el caso de Pedro (impactado, aun, por la pérdida de su pareja por Sida) y Paulo (“a cero” en la actividad sexual por haber descubierto su seropositividad).

Frecuentemente la dinámica que se fija en los asesoramientos y el modo como se abordan las cuestiones se hace de tal forma que impresiona a los sujetos de que la tarea de llenar los formularios era más importante que reconocer a los individuos como personas. Las asesoras profesionales en estos casos funcionaron como una *madre intrusa*, con una presencia invasiva y que no da el permiso al otro de plantearse (Winnicott, 1954/1978a).

Aún reconociendo los límites del papel desempeñado por el profesional, es importante identificar la posibilidad de sustentar y acoger la angustia que emerge en esta situación. Esta habilidad es fundamental y no puede faltarle al asesor, no para resolver solo el problema, sino para poder ejercer una función de depositario de la angustia que trae el otro. Se trata por ello de constituir el *holding* y un ambiente de provisiones involucrando a ambos, no solo al aconsejado o asesorado, sino también al asesor profesional, formando la mutualidad. Con esto, se puede compartir y apoyar el sufrimiento, no permitiendo que un aspecto como la cantidad de condones que se debe ofrecer ocupe lugar privilegiado y ni que provoque desamparo y rechazo como fue mencionado.

En la misma dirección, otro usuario señaló que la forma en que se planteaban las preguntas causó un aumento en su expectativa y ansiedad, con relación al resultado, y de la distancia entre la asesora y él mismo. El sintió que los aspectos formales y burocráticos de la institución tenían más valor que el ser humano-usuario, que no parecía tener la subjetividad garantizada:

Ella fue anotando algunos datos, y así uno se pone un poco aprehensivo, verdad? . . . “Dilo de una vez para no quedar en rodeos”. Aunque yo crea que . . . para poder dar una noticia de ese tipo . . . yo creo que saca un poco de la parte del administrativo,

porque uno está lidiando con una persona. Después de que se haya transmitido la noticia, en fin, allí uno se encarga del papeleo. ¿Entendió? Sabes, queda esa cosa medio mecánica. Medio no, totalmente mecánica, verdad? (Omar)

Sin embargo, no todos los entrevistados se sintieron incomodados por el llenado del cuestionario, aunque consideraron que fue difícil recordar cosas del pasado “. . . *que uno ya no está practicando más [y que] uno quiere olvidar . . .*”, como en el caso de Evandro.

Esos relatos muestran que no existe una única forma de abordar el mismo procedimiento, ya que las personas son distintas unas de las otras. Lo que parece importar es el *setting* que se crea y que se inicia desde el momento en que el usuario llama para marcar un horario de asesoramiento.

Para Winnicott (1968/1994a), al referirse aún a la consulta terapéutica:

La base para este trabajo especializado es la idea de que un paciente . . . traerá a la primera entrevista una cierta capacidad de *creer* [subrayado por el autor] que va a obtener auxilio y de confiar en lo que eso le ofrece. Lo que se necesita de este último es un *setting* estrictamente profesional en el cual el paciente esté libre para explorar la oportunidad excepcional que le proporciona la consulta para la comunicación. (p. 230)

En base a lo que se ha expuesto, la consulta terapéutica es un dispositivo cuya práctica produce efectos terapéuticos en los usuarios que participan en ella. En base a los hallazgos de este estudio, se considera que esta concepción podría usarse, en el sentido de producir derivaciones para los equipos de atención y asistencia en salud colectiva, marcadamente en el contexto del asesoramiento serológico. A partir de una demanda de análisis traída por el individuo, el analista va a conducir el trabajo analítico. Porque existen demandas por psicoterapia, cuyo trabajo está **más enfocado en enfrentar** una sintomatología, Winnicott desarrolló la modalidad de la consulta terapéutica. En dichas consultas, el enfoque era relativo a las posibilidades de trabajo con respecto al tiempo y tipo de problema traído. Pese a haber una diferencia fundamental entre

esta modalidad y el asesoramiento para revelar el resultado reactivo, se considera que un acercamiento entre los dos abordajes podría producir efectos prometedores, tanto para el usuario, como para el asesor.

La oferta de otro horario de atención por parte del asesor fue un aspecto levantado también por los entrevistados. Esa posibilidad de ir otra(s) vez (veces) para conversar, caso lo necesitasen, se ofreció en los dos servicios. Sin embargo, una minoría aprovechó esta oferta. Muy a menudo la intención de volver estaba obliterada por la indicación de tener que continuar la atención en otro servicio para iniciar el tratamiento, como ilustra el relato: “*Yo hasta dije: ‘¿voy allá, me han derivado allá, pero puedo visitarlos de vez en cuando?’* [La asesora] *Dijo: ‘puedes sí, sin ningún problema. A la hora que quieras venir, marca una cita solamente’ . . .*” (Pedro).

La frase de consentimiento de la asesora expresa la posibilidad de nuevos encuentros, pero existe una ambigüedad, puesto que el usuario ya fue enviado rumbo a otra unidad de salud.

Estas cuestiones recalcan la complejidad y la cantidad de informaciones que se tienen que transmitir en un encuentro de asesoramiento. Por ese motivo en el asesoramiento se pueden privilegiar los temas más importantes según las necesidades de cada usuario en ese momento, respetando su singularidad.

Esas consideraciones señalan que el horario adicional puede ser imprescindible para apaciguar o aplacar la angustia sobre la cantidad de informaciones que se debe transmitir, tanto para el asesor como para el usuario. Adicionalmente, se puede hacer una reflexión sobre formas para mejor poner en práctica ese horario adicional ofrecido. El usuario parece no comprometerse, porque está a medio camino entre el CTA y el otro local de atención. Está en tránsito, aún no ha llegado a su destino, pero ya ha partido de su lugar de origen.

La superación de dificultades al compartir la noticia con otros fue un tema abordado por los asesores y privilegiado en los asesoramientos vividos por los entrevistados.

El tema apareció de formas diversas para los usuarios entrevistados. Para Silvio, Evandro,

Cássio y Milton esa era una cuestión esencial e inquietante. No solo por el hecho de la revelación de la infección en sí, sino también por la necesidad de proponer a las parejas que realizaran su propio examen anti-VIH.

Para otro (Mário) la dificultad de romper con la confidencialidad se refería a la familia. La madre de Mário incluso desconocía la situación serológica positiva de su hermano, diagnosticada anteriormente.

Otros (Paulo, Pedro y Milton) reflejaban sobre la persona más indicada en la familia para darle la noticia, puesto que no tenían cercanía con todos los familiares, o no confiaban en su comprensión a respecto de la enfermedad.

Luis y Juvenal, que no tenían familia en São Paulo, pensaban cuales serían las personas de su relación que podrían sentirse solidarios con ellos.

Finalmente, Nei y Luis se preocupaban con la difusión de la noticia en el local de trabajo. El temor del prejuicio y de la discriminación que podrían ocurrir era el sentimiento que predominaba y el factor que impedía la comunicación de su condición serológica a terceros.

El espacio ofrecido para conversar sobre el prejuicio y sobre dificultades involucradas en la revelación de su condición serológica varió en función del dúo asesor- aconsejado y de las dificultades de escucha y de formación del vínculo mencionadas anteriormente. Fue también bastante variable la situación de relaciones afectivas de los entrevistados, lo que determinó el uso de una multiplicidad de enfoques y diversidad en lo que respecta las cuestiones relevadas.

En el caso de Silvio, el asesoramiento estuvo muy centrado en cómo (y quien) *revelaría el diagnóstico a las parejas*, por el hecho de poseer una relación estable con dos mujeres al mismo tiempo. El relató que la ayuda de las asesoras fue fundamental para lidiar con el problema. El llevó a las mujeres al centro -servicio, una por vez, para realizar el examen:

. . . traje a la primera, con la cual estoy ahora, que es la madre de mis tres hijos. Yo la traje. . . La otra, hasta ahora no sabe. Ella no sabe, no pude aún contarle a ella, a tal punto que hablé con las muchachas aquí [las asesoras], si sería más fácil que ellas

mismas le contarán . . . porque ella es muy nerviosa, no? (Silvio)

Y es lo que hicieron las asesoras del CTA. Este entrevistado tuvo dificultades en contar a sus mujeres que tuvo otras relaciones fuera de la relación conyugal con ambas. Por medio de una de ellas contrajo el VIH. Contar que estaba con el virus significaba contar que mantuvo relaciones extraconyugales. La revelación del resultado reactivo permite que cuestiones singulares como esta puedan ser trabajadas por los sujetos en el asesoramiento. La infidelidad revelada se convierte en el mayor problema a ser enfrentado para dar esa noticia. La presencia de las mujeres que deberían ser comunicadas de la positividad del compañero era algo inusitado para el CPA. Pese a ello, él estaba siendo acogido por el equipo del centro para tratar de las dificultades familiares resultantes de su infección por el VIH. Las respuestas no siempre están a disposición, y no siempre están listas. A veces es necesario construir y reconstruir las formas de resolver las cuestiones que surgen.

Para contarle a la familia, uno de los sujetos fue quien se angustió más y consideró necesario el abordaje de ese tema en el proceso de asesoramiento:

. . . Yo creo que no, debe abordar porque . . . ¿quién es la primera persona a la cual le voy a decir eso? “Miren ustedes, yo soy portador del VIH”, entendieron? Pero así, no quiero que se haga alarde de eso. . . . No quiero involucrar a la familia, pero hay ese alguien al que quiero comentarle, ¿Pero cómo lo voy a comentar con esa persona? . . . Esto tiene que ser trabajado, creo yo. Cuando yo salga de aquí, voy a salir solo, Yo sé que voy a seguir solo. Pero a veces las conversaciones pueden hasta ayudar un poco. (Paulo)

Aun considerando que sería importante hablar sobre como revelar la seropositividad a otro, este entrevistado no tuvo esta oportunidad en su asesoramiento:

Negro, pobre, japonés, gente pobre o no, gente ignorante o no, tiene nivel superior de educación o no: quien está aquí, está solo . . . “¿en quién voy a confiar?” . . . por eso

creo que deberían haber esos espacios. . . . No estoy cuestionándote también, si no se dio. Yo tampoco pregunté, verdad, pero es una cosa que debería ser analizada. (Paulo)

El aspecto *contar en el trabajo* ha adquirido bastante importancia para los entrevistados que sintieron que sus empleos podrían estar amenazados por la seropositividad de sus exámenes de VIH. Mitad de los usuarios estaba fuera del mercado formal laboral y ese tema no fue presentado, como fue en el caso de Silvio, Milton, Evandro, Cássio, Pedro, Mário, Arnaldo y Jonas. Otros se sintieron de cierta forma seguros con respecto a sus propios trabajos, como era el caso de Paulo, Omar, Bruno y Juvenal. Sin embargo, para Nei y Luís, contar el resultado en el local de trabajo era una cuestión importante por varias razones:

Uno de ellos (Nei) creía que era complicado contarle en el trabajo, debido al hecho que había trabajado tan solo tres meses y porque un colega ya había sufrido el prejuicio y fue aislado por los otros por ser portador del VIH. La posibilidad de ser discriminado y de ser tratado de forma que lo estigmatizara en ese ambiente le preocupaba, pero él creía que por lo menos su jefe inmediato debería enterarse de eso.

El otro entrevistado ya había sufrido mucho con el prejuicio y con la discriminación por ser homosexual. Con frecuencia, tenía que enfrentar a las personas en el local de trabajo para hacerse respetar. Enfrentaba adicionalmente problemas laborales vinculados a accidentes de trabajo que aún no estaban debidamente resueltos en la previsión social. En su asesoramiento, se mencionó la posibilidad de buscar a un asistente social del servicio de referencia para que lo orientase al respecto de sus derechos como portador de la enfermedad. Eso fue importante porque le ofreció un camino posible para resolver su conflicto. No obstante, tenía muchas inquietudes con relación al trabajo:

. . . el hombre que es homosexual, ya es conocido, común, ya es criticado y con la enfermedad, mi miedo dentro de la empresa porque ya fui muy criticado . . . yo, decir que no voy, dentro de la empresa, y también si lo digo . . . allí va ser una cosa que me va

a complicar. “Además de maricón, está con Sida”. . . . Eso es lo que está en mi cabeza, aquello así, entendió? . . . Y ahora con una noticia como esa, si empiezan a hablar de mí, y. . . . Entonces creo que lo voy a decir en casa, Después de ese resultado con la asistente social, voy a ver. . . . Si sigo ganando el mismo salario, prefiero quedarme más en casa y trabajar de vendedor itinerante. (Luis)

Analizando los relatos con el uso de la teoría de Winnicott (1971/1975b, 1965/1994b, 1986/2001), se puede considerar que cuando el *setting* se constituye de tal forma que sustente la angustia del sujeto en el asesoramiento, se hace posible actuar con naturalidad y, más que eso, suscitar la historia y la constitución psíquica de cada persona. Puede aún ser viable que los sujetos usen sus propios mecanismos (negación, proyección, racionalización, entre otros) ya desarrollados como parte de los recursos del ego. Esos mecanismos pueden ser accedidos para que ellos puedan defenderse del horror que a veces provoca la situación, aunque ellos consideren que esta es una consecuencia de las prácticas que ellos adoptaron en la vida.

En términos winnicottianos, esta situación puede considerarse como un trauma, entendido como *quiebra de la continuidad de la existencia*, viente que de cierta forma interfiere en el camino de la dependencia rumbo a la independencia del individuo. La continuidad del Ser será posibilitada por la creación de un ambiente facilitador que permita la reconstrucción de los aspectos dañados.

Así, para que el *setting* sea constituido de una forma que ofrece “soporte”, es necesario que determinadas funciones del ambiente permitan que se ponga en marcha los recursos del psiquismo. El sujeto los posee, pero debe tener la chance de utilizarlos en el proceso de elaboración de sentimientos y de resolución de los conflictos que se plantean en ese momento. Eso se puso en práctica en los asesoramientos investigados, en que la presencia de la asesora profesional permitió que los usuarios “los usasen”. Esa es una expresión winnicottiana que significa: proveer un suministro adaptativo de provisiones para

que el individuo tenga tiempo de recuperarse y pueda usar sus propios.

Hasta la propia entrevista patrón (colecta de datos epidemiológicos), que para una parte de los entrevistados fue insoportable de aguantar, para otros fue como parte del *holding*. Según el psicoanálisis de Winnicott, se puede sugerir, como explicación, que el manejo de la situación permitió y creó esa condición de *holding*. El *holding* proporcionó a esos usuarios el poder entrar en contacto poco a poco con la realidad de la noticia. Los mecanismos defensivos señalados funcionaron por un periodo de tiempo, solamente el necesario. Si usados de forma excesiva, estos mecanismos podrían crear algo falso, una especie de máscara para evitar el sufrimiento por el resultado tan temido (pero ya conocido). Paulatinamente, ellos dejaron de actuar cuando cada usuario vivió la experiencia de soporte y ya podía tolerar la realidad con la ayuda de la asesora profesional, y con lo que ella representó para ellos.

Conclusion

La mayor parte de los entrevistados sintió que hubo disponibilidad por parte de las asesoras en el momento de revelación de su serología reactiva, en base a la cual pudieron experimentar una relación de proximidad, compartimiento y cuidado. En esa condición, pudieron hablar de sus preocupaciones y ser escuchados, recibiendo el apoyo necesario y pudiendo darle sentido y significado a las experiencias relacionadas al haberse infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Esa posibilidad les permitió entender y transformar cuestiones que habían traído y poner en movimiento sus emociones y preocupaciones sentidas en ese momento. En esos casos, por lo tanto, como se había permitido el tiempo y el espacio para la escucha, se debilitaron las defensas y la realidad se presentó de forma más clara, pudiendo revelar los verdaderos sentimientos, principalmente relacionados a la pérdida de la condición de integridad del sistema inmunológico.

En contrapartida, para dos entrevistados, no fue posible desarrollar plenamente una experi-

encia de escucha de sus sentimientos y preocupaciones. En sus procesos de asesoramiento no hubo la oportunidad de una escucha suficiente para permitir la activación de sus recursos psicológicos, con miras a poder sustentar sus manifestaciones afectivas frente a la revelación del resultado de su examen anti-VIH reactivo. Así, la asesora profesional no siempre funcionó como la *madre suficientemente buena* winnicottiana, proporcionando el espacio y tiempo necesarios para una experiencia compartida de mutualidad, soporte y ayuda.

En resumen, en gran parte de los asesoramientos investigados hubo la creación de un ambiente adecuado y acogedor, proveyendo a los usuarios ese *suministro adaptativo*, en otros no. Es decir, el asesoramiento practicado en los centros investigados funcionó bien para algunos, cuando llevado a cabo en toda su amplitud de escucha, permitiendo con eso la activación de los recursos psicológicos de los sujetos y efectivamente dando el apoyo emocional necesario en aquel momento. Todavía, no fue favorable para otros, cuando simplemente siguió la normatividad, aboliendo la escucha singular y el compartimiento que propicia esa experiencia *transicional* en el proceso de asesoramiento para la revelación del diagnóstico de la infección por el VIH. O sea, en estos casos, no fue posible que los sujetos involucrados obtuvieran el apoyo emocional necesario para sustentar su sufrimiento frente a la revelación del diagnóstico de la infección por el VIH.

De esta forma, se puede concluir que en el asesoramiento, cuando los profesionales permiten espacio para que cada sujeto singular presente su propia historia y sus demandas, ellos pueden realizar una buena escucha y pueden ofrecer el apoyo necesario en aquel momento, y la empatía es la condición necesaria para alcanzar eso. En la versión de los usuarios entrevistados, las asesoras solamente pudieron acercarse a sus sentimientos y percepciones con relación al resultado del examen para ofrecer apoyo, cuando tuvieron la capacidad de ponerse en el lugar de los analizados e interactuar con ellos, teniendo en cuenta sus puntos de vista frente a aquel resultado. De esa forma, el asesoramiento

serológico puede revelarse como siendo una tecnología de ayuda que le permite al usuario: (a) lidiar con el sufrimiento psíquico que moviliza el resultado del examen reactivo anti-VIH; (b) tener la oportunidad de hablar sobre sus angustias; (c) superar las dificultades en compartir la noticia con parejas y familiares, y (d) aclara dudas sobre la prevención de EST y VIH. Todos esos son componentes que deben estar presentes en los procesos de prueba y de asesoramiento en EST/Sida.

Referencias

- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo* (L. A. Lopes & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa, Portugal: Edições 70. (Original publicado em 1977)
- Blanchet, A. (1992). *L'enquête et les méthodes: l'entretien* (G. Menezes, Trans.). Paris, France: Nathan.
- Filgueiras, S. L., & Deslandes, S. F. (1999). Avaliação das ações de aconselhamento: Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 121-131. Recuperado el 13 abril de 2003, de <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Galant, J. E. (2004). HIV counseling, testing and referral. *American Family Physician*, 70(2), 295-302.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (3. ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1999a). *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): Manual*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (1999b). *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília, DF: Autor.
- Miranda, K. C. L., Barroso, M. G. T., Silva, L. M. S. da, & Silva, M. R. F. da (2008). Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 899-903.
- Moreno, D. M. F. C., & Reis, A. O. A. (2002). O momento da comunicação do resultado sorológico para o HIV sob a ótica winnicottiana. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 156, 20-25.

- Paiva, V. (1998). O sujeito sexual: Uma proposta de intervenção. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, 1(10), 4-8.
- Petchesky, R. P. (1999). Direitos sexuais: Um novo conceito na prática política internacional. In R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder* (pp. 15-38). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.
- Queiroz, M. I. P. (1991). *Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva*. São Paulo, SP: T. A. Queiroz.
- Rogers, C. (1974a). Antigas e novas perspectivas sobre a consulta psicológica e a psicoterapia. In C. Rogers (Org.), *Psicoterapia e consulta psicológica* (pp. 30-58). Lisboa, Portugal: Moraes.
- Rogers, C. (1974b). O lugar da consulta psicológica. In C. Rogers (Org.), *Psicoterapia e consulta psicológica* (pp. 15-29). Lisboa, Portugal: Moraes.
- Souza, V. de, Czeresnia, D., & Natividade, C. (2008). Aconselhamento na prevenção do HIV: Olhar dos usuários de um centro de testagem. *CADERNOS de Saúde Pública*, 24(7), 1536-1544.
- Winnicott, D. W. (1975a). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 133-145). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (1975b). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (1978a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no *setting* psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves. (Original publicado em 1954)
- Winnicott, D. W. (1978b). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves. (Original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* [Therapeutic consultations in child psychiatry] (J. M. X. Cunha, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (1994a). O jogo do rabisco [Squiggle game]. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 230-243). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (1994b). O valor da consulta terapêutica. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 244-248). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (P. Sandler, Trad., pp. 3-22). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (2001). *Holding e interpretação* [Holding and interpretation] (S. M. T. M. Barros, Trad., 2. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1986)

Recebido: 18/05/2012
1ª revisão: 13/08/2012
2ª revisão: 29/08/2012
Aceite final: 24/09/2012