

## IMPACTO DO INÍCIO DO TRATAMENTO EM PORTADORES DO VÍRUS DA HEPATITE C: LEITURA LACANIANA

Sandra Rozenblit Tiferes<sup>1</sup>, Edna Maria Peters Kahhale<sup>2</sup>

### RESUMO

O diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, sociais, familiares e profissionais. Nas doenças infecciosas crônicas de origem viral, os atuais protocolos e consensos de tratamento aos infectados concentram-se no combate ao vírus e geralmente não contemplam estas situações, o que torna ainda mais difícil para a pessoa suportar o tratamento. No caso da hepatite C o diagnóstico, na maioria das vezes, não é descoberto por sintomas físicos, mas por doação de sangue ou exames laboratoriais de rotina. Portanto há um impacto maior no recebimento deste diagnóstico, o que parece se repetir quando é necessário o início do tratamento medicamentoso que pode ocorrer anos após o recebimento deste diagnóstico. A partir da psicanálise lacaniana, foi realizada uma pesquisa qualitativa com o objetivo geral de oferecer um espaço de escuta de modo a: surgir demanda para um atendimento psicanalítico.

**Palavras chaves:** Hepatite C, Psicanálise lacaniana, Sintoma, Escuta.

IMPACT OF THE INITIATION OF TREATMENT IN PATIENTS WITH HEPATITES C VÍRUS: A  
READING LACANIAN

### ABSTRACT

The diagnosis of a chronic illness affects all spheres of a person's life, causing physical, social, family and professionals changes. In chronic infectious diseases of viral origin, current protocols and consensus towards treatment for infected individuals focus on fighting the virus and usually do not cover these situations, what makes it more difficult for the patient to withstand the treatment. In most cases, hepatitis C is not discovered by physical symptoms, but by blood donation or routine laboratorial tests. So there is a great impact when receiving this diagnosis, that seems to be repeated when the drug treatment is prescribed, and this can occur years after receiving the diagnosis. Based on Lacanian psychoanalysis, a qualitative research has been carried out with the overall objective of providing a space for listening in order to: provide the emergence of a demand for psychoanalytical treatment.

**Keywords:** Hepatitis C, Lacanian psychoanalysis, Symptom, Listening.

---

<sup>1</sup> Mestre pela PUC-SP, diretora clínica do Espaço Psicanálise, docente e supervisora do COGEAE no curso "Psicanálise e Linguagem: uma outra psicopatologia", São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Doutora no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A hepatite C é um agravo à saúde, que só recentemente, tornou-se uma preocupação para a saúde pública (a partir 1989), e durante os últimos anos muito se tem estudado e discutido sobre o seu tratamento. Ainda existem dúvidas e faltam informações a respeito da transmissão, prevalência, incidência, tratamento e seus efeitos colaterais. Duas características da sua história natural conferem à hepatite C uma enorme importância médico-sanitária: o longo período que a infecção permanece completamente assintomática, retardando o diagnóstico e sua capacidade de se tornar crônica em até 80% dos infectados, aumentando a chance de cirrose hepática e câncer de fígado.

Temos que considerar que o diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, sociais, familiares, profissionais e no caso de infecção por um vírus, o preconceito e o medo da infecção. No caso da hepatite C, o tratamento pode ocasionar efeitos colaterais, complicações ou sequelas pelos medicamentos empregados, afetando o relacionamento social e familiar no dia a dia. Os atuais protocolos e consensos de tratamento efetuados por médicos especialistas concentram-se praticamente no combate ao vírus e, geralmente, não conseguem contemplar a diversidade das situações de vida diária das pessoas, o que torna ainda mais difícil suportar o tratamento.

Assim, abre-se espaço para o psicanalista, pois na medida em que este promove a fala do sujeito oferecendo uma escuta, abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando desta forma a subjetivação. Ao entrar

em contato com suas questões, o sujeito pode questionar-se sobre o diagnóstico que o invade como algo inesperado, entrar em contato com as fantasias, medos e questões particulares que o diagnóstico desencadeia, e assim promover ou facilitar a aceitação e o enfrentamento desta nova situação imposta pelo real. Isto porque o real se impõe gerando limites e exigindo da pessoa um enfrentamento que se irá se expressar em ações e ressignificações, ou seja, novas cadeias de significantes. Desta forma, podem estar menos alienados e mais participativos no processo que estão vivendo. Uma análise pode propiciar que o sujeito deixe de responder cegamente ao desejo inconsciente, que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo de um Outro, de modo a se tornar capaz de se responsabilizar por sua condição desejante.

Para o psicanalista não se trata de olhar o corpo, mas de escutar o que o usuário ou pessoa tem a dizer acerca deste corpo, porque são as palavras que o unificam e o nomeiam como próprio do sujeito. Desta maneira, ao falar o sujeito vai se apropriando do seu corpo, vai se conhecendo, podendo perceber quais são seus próprios sintomas e que podem ser diferentes de outra pessoa que partilha com ele a sala de espera do ambulatório, onde faz seu tratamento. Se antes de tudo o usuário é um sujeito, é porque tem uma história que envolve os traços marcados em sua vida desde a mais tenra infância, e que lhe são absolutamente singulares. Cada indivíduo tem sua própria história de vida, sua individualidade, seu corpo e seus sintomas, que expressam a singularidade de um processo de subjetivação próprio dos seres humanos.

Sendo a escuta psicanalítica a principal ferramenta de trabalho dos psicanalistas, é necessário estar atento às questões que surgem em um hospital geral. Este é composto por pessoas que apresentam demanda de

tratamento orgânico, onde muitas vezes, sofrimento, angústias e medos transcendem o biológico. Porém, por falta de alternativa, estas se expressam no corpo e, conseqüentemente são endereçadas aos médicos.

Segundo Moretto (2001), o hospital é o lugar onde desde o começo se pretendeu que imperasse a ordem médica, e isso não poderia, sob hipótese alguma, ser diferente, pois o hospital é o lugar em que por meio das atividades básicas de assistência ao doente, ensino e pesquisa, se dão também os maiores avanços científicos concernentes à área médica.

Percebe-se que mesmo que a ordem médica prevaleça no hospital, tem se aberto espaço para outras demandas, na medida em que a prática médica trabalha com uma das dimensões do humano e não consegue esgotá-lo, necessitando da colaboração de outros profissionais.

O profissional de saúde mental tem sido frequentemente solicitado a auxiliar nos casos de problemas associados à doenças crônicas, como a adesão ao tratamento, a avaliação e o preparo de pessoas que serão submetidas a procedimentos invasivos e manejo de transtornos mentais ou sintomas como ansiedade, agressividade, irritabilidade e depressão concomitantes ao diagnóstico e tratamento médico. Esta solicitação traz em si o pedido de colocar em ordem ou esclarecer o “fator psíquico”, abrindo espaço para o trabalho psicanalítico.

Do ponto de vista médico, dificilmente tem sido possível estabelecer correlações entre relatos subjetivos e emocionais com a expressão clínica do adoecimento, dada a impossibilidade, pela metodologia da clínica médica, de abordar questões implicadas no processo de constituição subjetiva. Assim, as significações imaginárias sobre a origem da doença são abandonadas em prol

da ideia de uma etiologia puramente orgânica. Segundo Clavreul (1983), a medicina não pode levar em conta esse “mal-estar” subjetivo pelo qual a psicanálise tanto se interessou porque sobre isso ela, a medicina, tem pouco a dizer, pois não é seu foco de trabalho.

Na maioria das vezes o psicanalista é solicitado pelo médico quando, no contato com uma pessoa acometida por uma doença, percebe algo estranho na fala ou no comportamento desta pessoa. Isto porque embora tenha procurado o médico ou a instituição para encontrar a cura proposta pela medicina, dá sinais de que não é isto que ela realmente deseja. Esta contradição, que pode aparecer como uma recusa ao tratamento, desistência, esquecimento das medicações, faltas às consultas ou a não aceitação das indicações dada pelos médicos, vão contra aquilo que os médicos aprenderam e podem oferecer, ameaçando ou minimizando os efeitos da assistência oferecida. Desta forma solicitam que os psicanalistas resolvam essas situações para que a assistência oferecida tenha sucesso.

Porém, sabemos que muitas vezes, quando alguém pede algo, isso não é igual àquilo que se deseja, pois há uma diferença entre aquilo que se demanda e aquilo que se deseja. De acordo com Lacan (1966/1991), todo médico sabe que é na resposta a essa demanda de cura do doente, juntamente com seus recursos, que está a possibilidade de sobrevivência da ação prática dos médicos. O problema se coloca quando, diante da ação médica de tirá-lo da condição de pessoa acometida por uma doença, depara-se com alguém que está decidido a permanecer na condição de doente: procura o médico para que o autentique como doente, sendo alguém bem instalado em sua doença.

Esta posição de alguém bem instalado em sua doença foi uma das descobertas da psicanálise, ou seja, por algum motivo, a pessoa ama seu sintoma e parece não querer livrar-se dele. Acreditar que o sujeito humano queira o seu próprio bem leva os profissionais de saúde a querer o bem do doente no lugar dele. Encontramos aqui uma diferença fundamental nas duas práticas, pois para a psicanálise é a ordem do desejo que se opõe à ordem claramente exposta, que nem sempre expressa o desejo. Por existir a pulsão de morte no inconsciente do sujeito o psicanalista não tem condições de ordenar o que é melhor para a pessoa. Ao invés de sugerir, o psicanalista tem que escutar o sujeito em sua livre associação. A psicanálise é uma experiência do discurso, onde sempre se diz mais do que se tem consciência, e é num segundo tempo que se descobre o que se sabe (seu desejo), e assim, o sujeito sofre daquilo que não tem consciência, mas que não escapa quando falado livremente.

Portanto, a psicanálise instaura outro discurso. Suas referências são diferentes das da prática médica e por isso, o diagnóstico psicanalítico jamais poderá ser feito a partir dos limites e ou das possibilidades do diagnóstico médico, mas sim dentro dos próprios fundamentos teóricos da psicanálise. Os médicos irão cuidar da doença, dos sintomas clínicos, e os psicanalistas irão cuidar do processo subjetivo do indivíduo e de como o diagnóstico está afetando este processo. Isto mostra que mesmo que a pessoa possua o diagnóstico de uma doença crônica, este diagnóstico está inserido em algo muito maior e que é singular a cada um que recebe este diagnóstico, ou seja, está relacionado com sua história de vida. O inconsciente do sujeito se

desenvolve para além do real do sintoma no corpo imprimindo em seu adoecer as marcas de sua história, que diz respeito ao seu processo singular.

Neste sentido, o espaço hospitalar atesta a viabilidade dos atendimentos psicanalíticos se o tomarmos como um trabalho que ultrapasse o ideal do alívio, referindo-se à construção de uma verdade singular sobre o sujeito e o desejo inconsciente de cada um. No hospital é o analista quem comunica que há um lugar de escuta se o paciente assim o desejar. Então, onde há oferta pode surgir demanda e se esta surge é porque existe, em algum lugar, a possibilidade de ela ser escutada.

Segundo Elias (2008) enquanto o sujeito puder falar nos cabe escutar o que ele quiser dizer, oferecendo nossa escuta para acolher qualquer enunciado, respeitando as particularidades e subjetividades, apontando no discurso o que vai possibilitar a abertura de questões que o remetam à própria história fazendo com que aquela vivência seja única, resgatando a sua implicação e responsabilidade com a própria doença.

Em 1953, em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”, Lacan acreditava que o sintoma “se resolve por inteiro em uma análise de linguagem, porque ele mesmo está estruturado como uma linguagem, porque é linguagem cuja palavra deve ser liberada” (Lacan, 1953, p. 89). O sintoma é definido como uma mensagem a ser decifrada, um modo inconsciente de dizer que revela a verdade do sujeito.

No Seminário I, “Os escritos técnicos de Freud” (1953-54, p. 222), Lacan diz que o trauma será o primeiro núcleo dos sintomas. De fato, o trauma enquanto algo não integrado pelo sujeito está fadado a sempre retornar a um só-depois. Portanto, a manifestação do sintoma refere-se neste aspecto, ao

retorno desse núcleo traumático não alcançado pela significação. Para Lacan, o recalque começa depois de ter se constituído o primeiro núcleo, recalque originário, em torno do qual os recalques sucessivos e os sintomas se organizariam.

No fundo, o trauma é um dos nomes que se pode dar ao horror do mal estar toda vez ele vem de fora, de surpresa, sem que se possa imputá-lo ao sujeito, que horrorizado, sofre suas consequências. É por isso que o trauma é referido a um real que assalta o sujeito, um real que não pode ser antecipado ou evitado. Um real que exclui o sujeito e não mantém relação nem com o inconsciente, nem com o desejo próprio a cada um, um real com que nos deparamos e em face do qual o sujeito, como se diz, não agüenta, um real, enfim, que deixa seqüelas, como tantas marcas que cremos serem inesquecíveis. (SOLER, 2004, p. 71).

De acordo com Alberti,

O trauma é precisamente o momento em que o sujeito que fala não dá conta de dizer, não encontra representantes, significantes para designar uma experiência, seja ela sexual, de dor, de morte ou de perda. Essa experiência torna-se traumática porque faz um furo na trama dos significantes. (1999, p. 155)

No Seminário II (1954-55) Lacan relaciona o sintoma a algo que representa o incompreendido e, portanto só pode ser expresso pelo sujeito. Assim, o sintoma aparece ligado à lei pela via de seu núcleo não passível de simbolização pelo sujeito sendo o sintoma a própria encarnação da lei no sujeito.

Lacan (1957-58) utiliza-se da linguagem estrutural e ao reinterpretar os mecanismos de deslocamento e condensação de Freud afirmará que o sintoma é uma metáfora: "Metáfora onde a carne ou função são tomadas como



elemento significante” (p. 249) O sintoma é construído por metáfora e metonímia, obedecendo deste modo as características de um significante. Seria um significante que veio ocupar o lugar do significante recalçado.

No Seminário IV (1956-57), o sintoma está inserido no jogo do significante e, conseqüentemente é regido por suas próprias leis. Por isso o sintoma pode ser transformado e recriado pelo sujeito. Por possuir tal mobilidade, o sistema dos significantes, que é o sistema da língua, pode fazer circular novos significados.

Portanto, diferentemente de um signo, cuja significação está fechada no significante colocado ao significado, no sintoma analítico trata-se de uma metáfora onde na operação de substituição do significante reprimido por outro significante, se produz algo que fica suprimido, resultando daí uma nova significação, um efeito de significação. É a isso que Lacan chama sintoma. (LOPES, 2000, p. 30).

O sintoma analisável sempre tem relação com o saber ou a verdade do sujeito, ou seja, o sujeito sintomático sabe que aquele sintoma tem haver com ele, mas não sabe o quê. Portanto, há no sintoma uma tentativa de comunicação de algo que pode intrigar ou incomodar o sujeito a tal ponto de impeli-lo a procurar um sentido para uma experiência de análise. Pode-se dizer que o sintoma só se constitui quando o sujeito o reconhece.

“O sintoma só se constitui quando o sujeito se apercebe dele, pois sabemos por experiência que existem formas de comportamento obsessivo em que não é apenas que o sujeito não tenha identificado suas obsessões, mas é que não as constituiu como tais.” (LACAN, 1962-63, p. 306).

No Seminário VI (1958) Lacan coloca que a angústia é o ponto chave da determinação dos sintomas e para que haja angústia é necessário haver

desejo. Portanto, a angústia marca o corpo como um estigma e será a propulsora do desejo, pois é relativa à insatisfação por não haver a satisfação universal, sendo para Lacan, o ponto capital ao qual o analista é permitido e deve atender eticamente. A angústia é um fenômeno que dificulta qualquer tratamento, devendo ser modelada pelo analista, pois é esta que legitima o trabalho psicanalítico. Um trauma produz angústia, revelando um afeto que provoca alterações no corpo e por isto dizemos que é um afeto que não se engana, pois tem relação com a verdade singular do sujeito.

Há uma diferença entre a cura compreendida pela medicina e pela psicanálise. Enquanto a medicina visa ao equilíbrio bioquímico do organismo, a psicanálise propõe certo esvaziamento da satisfação ou gozo ligado ao mecanismo de formação de um sintoma, mostrando que a partir da castração o sujeito humano é incompleto, não existindo satisfação plena.

A perspectiva seria mesmo de um esvaziamento porque o sintoma preenche, entra no lugar da falta, faz gozar. Por outro lado, seu mecanismo é característico da inserção humana no campo do simbólico e eliminar esse mecanismo equivaleria a retirar a humanidade do homem, dessubjetivá-lo, o que não seria possível, uma vez que o homem é um ser falante e, portanto, inserido no plano das representações. (CONDE, 2008, p. 87).

O psicanalista tem o ofício de escutar além do que se diz, ou seja, escutar o sujeito não no que ele crê dizer, mas sim no desejo que aparece a partir do significante que emite.

Os significantes que constituem o inconsciente são determinados significantes que estão aí o tempo todo e que, no momento em que se fala, experimenta-se seu peso e seu valor. Da análise, espera-se que o sujeito conheça os significantes primordiais que o determinaram em sua história e

em sua vida a partir da decifração do inconsciente, para que possa deles se desalienar escapando de seu poder de comando. (QUINET, 2000, p. 45)

Portanto, uma análise não pode eliminar a divisão do sujeito (resultado da castração), mas propiciar que o sujeito, ao conhecer seus significantes primordiais, deixe de responder ao desejo inconsciente que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo do Outro, podendo se responsabilizar por sua condição desejante, ou seja, aceitar a impossibilidade de se satisfazer plenamente o desejo.

Para se acessar o inconsciente e suas cadeias significantes, a única regra fundamental da psicanálise é a associação livre. Deve-se deixar falar livremente, não apenas o que pode dizer intencionalmente, o que lhe trará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo sendo desagradável dizê-lo.

Podemos pensar que as pessoas que vão ao hospital, buscam lá o saber médico, supondo que o médico saiba sobre o que ocorre com elas. Por isso, quando se deparam com um analista que lhes pede que falem de si mesmos, ficam um pouco desapontadas. Porém, o que chama atenção é que elas falam como se na figura do analista tivessem encontrado o que não sabiam o que estavam procurando: a si mesmas. Se a pessoa quer saber sobre si mesmo, ela vai demandar isso aonde quer que ela esteja, tendo alguma doença orgânica ou não. (MORETTO, 2002).

Segundo a visão lacaniana, o que garante a boa execução da análise é o manejo da transferência, os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o desejo do analista (que a análise se dê). Com isto, uma análise pode ocorrer em qualquer lugar, rompendo com as regras de um *setting* analítico

impostas por Freud. O inconsciente não está nem dentro nem fora, mas onde o sujeito fala.

O estabelecimento da transferência é fundamental para que uma análise se inicie. Seria uma ilusão na qual a pessoa acredita que o analista saiba sobre ela, sobre sua verdade, ficando no lugar do *sujeito suposto saber*. O efeito disso é o amor. Ao surgimento do desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor e, portanto cabe ao analista fazer surgir nesta demanda de amor a dimensão do desejo. Isto porque a demanda dirigida ao analista em posição de "*sujeito suposto saber*" apresenta-se como demanda de desejo de saber, aquele que completa o desejo do Outro. (QUINET, 2000).

É só sobre transferência que pode ser efetuada a cura analítica, a mudança de posição em relação ao desejo do Outro. Isto porque quando se atualiza e repete na situação analítica a relação do sujeito com o Outro na transferência, a pessoa não encontra correspondência por parte do analista, o que lhe abre novas possibilidades de respostas e conhecimento das cadeias significantes.

Pensando nas pessoas vivendo com o vírus da hepatite C, o psicanalista pode convidar o sujeito a falar mesmo não havendo demanda porque todo o segredo do analista é o de modular a angústia, que é responsável por várias implicações durante um tratamento. Quando se oferece a escuta o sujeito se beneficia porque o diagnóstico de uma doença desencadeia o imaginário, ou seja, abre-se espaço para crenças, fantasias, mitos, medos, e tudo isto, desencadeia angústia que é uma questão de saúde pública. Se a angústia estiver muito alta o sujeito pode atuar (como por exemplo, ataques de agressividade, desistência do tratamento), causando danos a ele e ao outro.

A angústia é aquilo que não tem nomeação, aquilo que é a pura expressão do real por ter escapado à simbolização. Portanto, a partir do momento que o psicanalista oferece uma escuta ao drama subjetivo da pessoa, este pode transformar gritos, atos, agressividade, em fala. Ao poder falar tem a possibilidade de “significar” sua angústia, não deixando com que ela se transforme em atos, pois é o insuportável da angústia que leva ao ato.

Pode-se dizer que quando o real novamente se impõe, no momento de iniciar o tratamento, sem que se sinta nenhum sintoma anterior, ou depois de permanecer meses ou anos sem a necessidade do tratamento, pode reativar angústias e medos.

Assim, a assistência a pessoas infectadas com o vírus da hepatite C visa ao falar, pois o falar produz efeitos em quem fala, em seu corpo, em seu pensamento e em sua relação com o Outro. Sabe-se que o ser falante é afetado pelo que diz, mas também pelo que deixa de dizer. Portanto, dar espaço para que falem é fundamental para a sua vida.

Penso que referente a essa infecção, que é descoberta na maioria das vezes não por um sintoma da doença, mas por um exame laboratorial feito para doação de sangue ou para realização de uma cirurgia, pode-se refletir sobre o quanto pode ser traumático o recebimento do diagnóstico, deixando aflorar em cada pessoa, sentimentos particulares que têm relação com sua história de vida.

É importante ressaltar que, de um modo geral, o diagnóstico de uma doença crônica, desencadeia nas pessoas vários sentimentos, mas estes são particulares, pois estão relacionados com suas próprias cadeias de significantes que são construídas a partir do seu processo de castração

(recalque original) e entrada da lei (significante Nome-do-Pai), substituto do desejo da mãe.

Portanto, é muito importante oferecer uma escuta para que possa surgir demanda para um atendimento psicanalítico, pois ao falar as pessoas infectadas podem conhecer suas histórias, suas cadeias de significantes, medos, fantasias, angústias, podendo assim estar menos alienada e mais participativa no processo que estão vivendo. Este processo poderá trazer significações e mudanças ao invés de gozo e paralisia, abrindo uma possibilidade de promover o início de uma modificação no sujeito em relação às repetições na sua história de vida e suas queixas podendo ir em busca de seu desejo.

“Da análise espera-se que o sujeito conheça os significantes primordiais que o determinam em sua história e em sua vida a partir da decifração do inconsciente, para que possa deles se desalienar escapando de seu poder de comando.” (QUINET, 2000, p. 45).

Para exemplificarmos esta possibilidade de atendimento apresenta-se um relato de caso (parte da dissertação de mestrado: O impacto do início do tratamento em portadores do vírus da hepatite C: uma leitura lacaniana)

Caso Laura (nome fictício), portadora há 5 anos do vírus da hepatite c.

Laura, 52 anos, heterossexual, casada há 32 anos com seu único companheiro, tem quatro filhos. Estudou até a 4ª série e sempre trabalhou como doméstica, mas por causa de uma dor nas costas parou de trabalhar a alguns anos.

Após reunião médica, decidiu-se que Laura iria iniciar o tratamento para o vírus da hepatite C. A primeira residente que a atendeu encaminhou Laura dizendo que ela era muito difícil porque só falava de uma dor nas costas, que não havia relação com o vírus da hepatite, e que já havia passado pela ortopedia não sendo diagnosticado nada de anormal. Esta dor já a acompanha há vários anos e a residente contou: *“ninguém consegue ajudá-la e a família também não aguenta mais as reclamações dela”*.

Laura diz que gosta bastante de conversar e que já fez alguns atendimentos com uma psicóloga no posto de saúde perto de sua casa.

Inicia sua fala contando sobre sua experiência de ser mãe. Gostou muito de ficar grávida, mas diz que a última gravidez foi muito difícil. *“Já tinha três filhos e pouco dinheiro”*.

Depois do nascimento de seu último filho, por causa de uma anemia teve que fazer uma transfusão de sangue. *“Achei tão estranho tomar sangue de outra pessoa, mas o médico disse que eu precisava”*. Há cinco anos para poder realizar uma cirurgia de mioma, descobriu pelos exames de sangue que era portadora do vírus da hepatite C. Diz que ficou desesperada, com muita vergonha, sem saber o que fazer, com medo das pessoas se afastarem dela ou até mesmo perder o marido. *“la operar de um problema e encontrei outro muito pior”*. Conta que não queria mais sair de casa, de encontrar com outras pessoas com medo de ser apontada como uma *“infectada”*. Tinha vergonha de sair na rua e durante bastante tempo permaneceu dentro de casa.

Apesar da transfusão de sangue ser provavelmente a via de infecção de Laura, ela tem uma fantasia de como isso aconteceu. Acredita que deve ter sido porque quando pequena gostava de tomar gelo do congelador, o que lhe

rendia broncas e castigos de sua mãe. Segundo sua mãe, além de resfriado o gás do congelador era muito perigoso para a saúde, podendo levar à morte. *“Minha mãe era muito brava, batia, dava castigo e ficava assim quando me pegava no congelador, dizendo que iria morrer”.*

É preciso lembrar que Laura vivia há cinco anos sabendo que era portadora do vírus e desde então, esperava o momento que deveria iniciar o tratamento. *“Depois que o médico disse que estava na hora de tomar remédios me desesperei e ao mesmo tempo fiquei feliz e com medo quando ouvi que podia me tornar agressiva”.*

Relata que já fez tratamento para depressão, mas parou porque o posto de saúde havia encerrado suas atividades, o que chamou a atenção de outra residente que a atendeu na consulta seguinte.

Laura queixa-se muito de dor nas costas e cansaço, que a prejudica com os cuidados com a casa e com os netos. Aponta também uma insatisfação nos relacionamentos sexuais com seu marido porque *“ele não é muito carinhoso”* e mudou muito nos últimos anos, mas neste momento não aceitou aprofundar este assunto.

Continua falando das dores que sente na coluna, do desânimo que isto lhe dá, porque não sente vontade de fazer nada. *“Tudo que faço me dói às costas. Não consigo limpar minha casa nem fazer comida”.* Questionada de quando esta dor iniciou e em que momentos apareciam pode falar mais sobre sua história de vida.

Laura diz que tem muito medo de briga e de discussão. Quando era pequena, havia muita briga na sua casa. Seu pai chegava bêbado em casa e



segundo ela *“batia e quebrava tudo o que estava na frente”*. Vivia com medo de que acontecesse *“algo de ruim, uma tragédia”*. Começou a perceber que suas dores aumentavam quando ouvia ou percebia que alguma briga poderia acontecer entre seus familiares. Conta que há vinte anos após uma briga, o marido assassinou o irmão dela com um *“tiro nas costas”*. Isto porque descobriu que este irmão estava estuprando a filha deles que, na época, estava com 12 anos (hoje está com 32 anos). *“Meu marido perdeu a cabeça e disse que ia matá-lo, mas nunca achei que isto ia acontecer de verdade.”*

Neste momento pergunto o que ela achava sobre tudo isto, pois desde pequena tinha medo que uma tragédia acontecesse. Diz que a partir disto, tudo mudou em sua vida. Seu marido, apesar de não ter sido preso porque *“na minha região é assim mesmo mata, mas não prova”*, ele mudou radicalmente. Acha que ficou louco porque passou de um homem trabalhador, bom pai e marido, para um sujeito calado, isolado que buscou na bebida um refúgio. *“Sempre disse que ia casar com um homem diferente do meu pai. Quando comecei a namorar gostei do meu marido porque ele não bebia”*. Depois do que aconteceu, Laura conta que o marido chega em casa bêbado todos os dias, mas não é violento com ela. *“Ele se isola, não quer conversar. Sinto-me só”*.

Depois do ocorrido, sua família queria que ela se separasse dele, mas ela não o fez, porque apesar de achar que não precisava matar ele estava defendendo a filha. Conta que ficou do lado dele porque nenhum homem aguenta saber que a filha foi estuprada. *“Um pai deve cuidar da filha”*. Porém, ao contrário do marido que *“cuidou”* da filha, Laura diz que também foi

molestada pelo pai durante cinco anos, mas nunca contou para ninguém. *“Minha mãe não ia acreditar e seria capaz de me matar se falasse isto dele”*.

A escolha de ficar do lado do marido causou um distanciamento dela da sua família de origem, lhe causando bastante sofrimento. *“Além de perder meu irmão, perdi toda a família”*. Acha que sua tristeza, desânimo e dor nas costas começaram desde esta época.

Este acontecimento trágico virou um segredo que Laura guardava dentro dela. *“Não posso contar para ninguém que tenho um marido assassino”*. Chorou bastante, mas disse ter sentido um alívio muito grande por ter me contado, pois segundo ela, a médica não *“tem tempo para ouvir essas coisas”*. Aparece aqui mais uma vez o sentimento de vergonha por ter um marido assassino, de ter sido molestada pelo pai e de ser diferente por estar *“infectada”*.

As irmãs voltaram a se aproximar dela quando souberam da infecção pelo vírus da hepatite C. *“Ficaram preocupadas comigo e sabiam que meu marido não ia me ajudar”*. Achavam que ela ia morrer logo porque imaginavam que era o mesmo vírus da Aids. Diz ter ficado contente com a aproximação das irmãs pois pode conversar e ter companhia. Trouxe uma delas para a nossa sessão para que eu explicasse que não era o HIV e que ela tinha chance de ficar curada. Além disto, pude dizer a esta irmã que seria muito importante que Laura tivesse uma companhia durante o tratamento.

Conta que sua família já sofreu bastante com várias tragédias. O sobrinho, filho do irmão morreu atropelado com 12 anos (mesma idade da filha quando foi molestada). O irmão assassinado pelo marido tinha 28 anos e o

outro irmão aos 38 foi assassinado dentro do ônibus que trabalhava. Cuidou de sua mãe por vários anos com diagnóstico de câncer de garganta.

No momento também está preocupada com o filho mais velho que está usando drogas. Sempre ouve barulho e acha que é tiro, algum traficante matando o filho por dívidas de drogas. *“A morte me persegue por todos os lados”*, diz ela. Questiona se continuar com o vírus não seria uma forma de estar sempre ameaçada pela morte. Sente isto desde que sua mãe disse nos seus doze anos: *“este gás do congelador vai te matar”*

Laura, ao contrário de outros usuários, me procura sempre que vai ao ambulatório. *“Preciso falar mais um pouco”* diz, sempre que me encontra. Não tem mais falado da dor nas costas, mas da vontade de fazer logo o tratamento e de ficar boa. Apesar de saber que é um tratamento difícil, sente-se mais tranquila para iniciá-lo. *“Já avisei que agora é minha vez de me cuidar”*. Diz se sentir mais segura com a presença da irmã e de saber que as pessoas reagem de maneira diferente aos medicamentos, pois conheceu uma moça na sala de espera que sente apenas cansaço.

## **DISCUSSÃO DO CASO**

Podemos pensar que o diagnóstico de uma doença crônica pode afetar vários aspectos da vida de uma pessoa e de seus familiares, gerando sentimentos de medo, insegurança, perda, morte e até mesmo vergonha, podendo acarretar mudanças no comportamento. Isto parece que aconteceu com Laura que após receber o diagnóstico sentiu vergonha e medo de que as pessoas a abandonassem. Passou um tempo dentro de casa, isolando-se das pessoas por sentir-se diferente ou como ela diz *“infectada”*. Não tinha

informações suficientes sobre a doença, o que gerava mais insegurança e fantasias (imaginário) sobre a contaminação. Acreditava que pelo ar poderia infectar as outras pessoas e por isto preferiu isolar-se.

É importante ressaltar que ela não tinha nenhum sintoma da doença e que foi descoberta por outra via, através de um exame de sangue para a realização de uma cirurgia. Provavelmente foi pela transfusão de sangue que Laura se infectou, pois segundo a literatura, o mecanismo mais eficiente para transmissão desse vírus é através do contacto com sangue contaminado. (BRASIL, 2007). Desta maneira, as pessoas com maior risco de terem sido infectadas são aquelas que receberam transfusão de sangue e/ou derivados, sobretudo antes do ano de 1993, época em que foram instituídos os testes de triagem obrigatória para o vírus da hepatite C nos bancos de sangue.

O fato de abrir espaço para falar de sua fantasia (aspectos imaginários) de como acredita ter sido infectada e de dar credibilidade a esta idéia, permitiu a Laura pensar no relacionamento com a mãe, nas broncas e castigos que recebia quando fazia algo que a mãe não concordava.

Podemos pensar que a previsão do início do tratamento foi vivido por Laura como um impacto, aparecendo novamente sintomas que surgiram há cinco anos quando recebeu o diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C. Neste período fez apenas o acompanhamento médico e agora ao escutar a necessidade de iniciar o tratamento os sentimentos de desespero e medo retornaram.

Ao fazer o questionamento sobre as dores nas costas, o objetivo era de implicá-la no sintoma. Trata-se de uma ética de implicação do sujeito no gozo que seu sintoma denuncia. Não tinha o objetivo de atacar o sintoma, mas

abordá-lo como uma manifestação subjetiva, ou seja, acolhê-lo para que pudesse ser desdobrado e decifrado, fazendo emergir um sujeito. Ao lidar com o indivíduo, cabe ao analista solicitar o sujeito do desejo, sujeito do inconsciente.

Portanto, ao lado dos sintomas relativos ao diagnóstico, Laura traz o “seu sintoma”, ou seja, dor nas costas. O objetivo da análise era de tornar esta dor nas costas subjetiva para deixar de ser uma queixa somática. A intervenção sobre transferência era de implicá-la no sintoma colocando a questão: “o que você tem a ver com isso”.

É importante ressaltar aqui que somos determinados por nossa história, pela história de nossas famílias e das gerações passadas. Da lei, aprendemos a proibição do incesto que pertence a toda humanidade, ou seja, o homem não deve ser pai, filho ou irmão da mulher, pois os graus íntimos de parentesco não admitem a relação sexual. Porém, existem as transgressões e muitas vezes essas viram segredos e são silenciadas. Estes segredos silenciados têm efeitos, podendo reaparecer ao longo da vida de cada um como algo a ser decifrado.

Quando nascemos, já existe um mundo simbólico constituído e a entrada neste mundo de linguagem fará com que possamos compartilhar sentidos à nossa volta. Neste processo de acesso ao simbólico, é a lei do pai que barra o incesto com a mãe, sendo o significante Nome-do-Pai o que resulta desta operação. A lei é instaurada, mas no caso de Laura, podemos perceber que houve transgressões e estas foram silenciadas. O pai não cumpriu a lei, e Laura não o denuncia, ficando cúmplice desta transgressão, por ter medo da reação de sua mãe.

Na história de Laura podemos perceber o retorno destas situações que lhe trouxeram sofrimento. A filha sofre de abuso sexual assim como ela. Como no caso dela nada foi revelado, pois ela permaneceu em silêncio, nenhuma “tragédia, morte” aconteceu. Porém isto retorna no abuso que sofreu sua filha por seu irmão, terminando na tragédia, na morte, na perda, no afastamento tão temido por Laura. Parece que este irmão repete a história do pai, pois também não respeita a lei do incesto e molesta sua sobrinha.

O marido, que segundo ela, era tão diferente do pai, pois nunca bebia, mudou radicalmente depois deste acontecimento, passando a chegar em casa bêbado todos os dias. Novamente sente-se só, sem companhia. Também podemos considerar aqui a descoberta da infecção que novamente a coloca na mesma posição, pois a prende dentro de casa, fazendo com que ela se isole das outras pessoas, sentindo-se diferente e sozinha.

Ao dizer que sentiu um alívio muito grande por poder ter me contado um segredo da família, recoloco aqui a importância de uma escuta para que possa ter através da fala uma possibilidade de reconstrução, simbolização, questionamento e, também, mudança.

Muitas vezes, um trauma, sofrimento intenso, doença ou a perda de um ser amado reacendem a memória das histórias que se repetem. Como o inconsciente está amarrado na repetição, está articulado numa pulsão de morte o que faz com que se retorne sempre ao mesmo lugar, ou seja, retorno ao lugar que faz sofrer, que não é regido pelo princípio do prazer, mas permeia o mundo simbólico, mostrando a incidência da pulsão de morte no inconsciente. Como diz Alberti (1999) seria um momento onde o sujeito que fala não

encontra significantes para falar sobre esta experiência que é vivida de forma inesperada, e por fazer um furo na linguagem, torna-se traumática.

Ao contar da aproximação das irmãs aponto aqui que novamente aparece o significante morte. Suas irmãs se aproximaram dela, pois acreditavam que ela iria morrer por possuir o mesmo vírus da Aids. Ao trazer uma das irmãs para o atendimento tinha como objetivo que esta entendesse que não era o mesmo vírus da Aids, que Laura não pegou por relação sexual (pois isto causa vergonha), que o marido foi seu único homem, que há chance de cura e que não quer mais ficar sozinha. Foi uma maneira de, pela linguagem, recontar a história familiar. Foi importante conversar com esta irmã para que ela pudesse acompanhar Laura durante o tratamento, pois os médicos tinham preocupação de iniciar a medicação em uma usuária que sempre aparecia sozinha no ambulatório.

Diferentemente do HIV, o relacionamento sexual não é um mecanismo frequente de transmissão da hepatite C, a não ser em condições especiais. Segundo o Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2007, p. 32), o risco de transmissão sexual do HCV é menor que 3% em casais monogâmicos, sem fatores de risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Pessoas com muitos parceiros sexuais ou outras doenças de transmissão sexual (como a infecção pelo HIV) têm um risco maior de adquirir e transmitir essa infecção.

Por meio do relato de Laura sobre as várias tragédias da família como as mortes, doenças e assassinatos, pôde ser observada a presença do real da linhagem de sua família. Laura imaginava que fazer o tratamento causaria agressividade e novamente encontro com o real, ou seja, morte. Isto porque ao

escutar que um dos efeitos colaterais poderia ser agressividade, sua história veio à tona. Depois de ter tido espaço de falar sobre sua história de vida, Laura pôde fazer uma associação com o medo de iniciar o tratamento, medo de tornar-se agressiva, gerar briga e, conseqüentemente, morte (retorno do trauma).

Aqui podemos pensar que se formou uma cadeia de significantes que apresentou o sentido da relação do tratamento com seu medo após associação, ou seja, depois de descobertos os significantes primordiais de sua história, pode-se entender o porquê ouvir a palavra agressividade desencadeou o medo do tratamento. Segundo Quinet (2000), quando formamos uma frase, as palavras apresentam seus significantes, o som e o seu significado, o conceito que ela representa. A experiência do inconsciente nos revela que não é bem essa articulação que é dada, mas uma articulação em que temos uma cadeia de significantes, e só no final de uma frase é que vamos ter o sentido do primeiro significante.

A possibilidade de falar livremente permitiu que pudesse fazer a ligação entre sua história, a infecção e o porquê do medo do tratamento. Se fosse introduzido um espaço para falar apenas da infecção e tratamento, provavelmente não teria sido feita esta relação de suma importância para a realização do tratamento de maneira mais tranquila e menos angustiante.

Quando Laura se pergunta sobre o vírus, um enigma, uma questão se apresenta para ela - o porquê ela foi infectada. Pergunta-se se a permanência do vírus não seria para continuar ameaçada pela morte estando presa ao desejo de morte da mãe (desejo do Outro), que vêm desde os 12 anos (gelo do congelador e depois no temor em contar sobre o abuso) e que acaba repetindo



algo muito ruim com sua filha na mesma idade dela. Os segredos familiares que não são ditos vivem nas lacunas dos relatos. Apesar de serem silenciosos, produzem efeitos, podendo aparecer ao longo da vida como algo estranho a ser decifrado.

O fato de Laura me procurar dizendo que precisava falar mais, mostra a importância deste espaço para falar livremente o que se desejar, e que se instalou a transferência, essencial, pois o analista ocupando o lugar do Outro para o sujeito, faz com que, a partir da associação livre, o inconsciente se apresente e possa ser decifrado pelo próprio sujeito.

A partir do momento que o sujeito conhece seus significantes primordiais, pode deles se desalienar, escapando de seu domínio. Segundo Quinet (2000), esta seria a função de uma análise.

A psicanálise trabalha fundamentalmente com a palavra, com mecanismos que são próprios da estrutura significante, com efeitos de significado. Consiste em questionar, desconstruir, provocar deslizamentos que coloquem em movimento as modalidades defensivas que o sujeito apresenta, a fim de abrir caminhos na luta contra o gozo. A elaboração de um saber sobre a fascinação e o horror que provocam os sintomas tem efeitos sobre o real. Ao operar com o simbólico produz efeitos no real. O que o processo psicanalítico propõe é neutralizar a repetição, conhecer o passado para ir além dele, apontando para um futuro.

Concluindo, a função central do psicanalista é oferecer uma escuta que promove a fala do usuário, abrindo a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando o processo de subjetivação. Conhecendo seus significantes

primordiais, suas repetições, o sujeito pode estar numa posição mais ativa e menos alienante no processo que está vivendo.

## REFERÊNCIAS

Alberti, D. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 1999.

Bastos, L. A. M. (2006). *Corpo e subjetividade na medicina impasses e paradoxos*. Rio de Janeiro: UFRJ.

Brasil, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Hepatites Virais*. Brasília, 2007.

Clavreul, J. (1983) *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense.

Conde, H. (2008) *Sintoma em Lacan*. São Paulo: Escuta.

Elias, V. (2008) Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da SBPH*, v.11, n.1 Rio de Janeiro.

Lacan, J. (1953/54) *Seminário I – Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Lacan, J. (1953) *Função e Campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1954/55) *Seminário II – O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

Lacan J. (1966) *Psicoanálisis y Medicina*. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1991.

Lacan, J. (1956/57) *Seminário IV – A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

Lacan, J. (1957/58) *Seminário V – As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

Lacan, J. (1958) *Seminário VI – O desejo e sua interpretação*. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002.

Lacan, J. (1962-1963) *Seminário X – A Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

Lopes, A. G. (2000). *Nada tem nome – Inibição e sintoma*. In: *Sintoma e direção da cura*. Rio de Janeiro: Práxis Lacaniana.

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Genebra, 2008. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 ago. 2009.

Quinet, A. (2000) *A descoberta do inconsciente do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar.

Quinet, A. (2003). *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Soler, C. *Discurso e Trauma*. In: *Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

## **CONTATO**

E-mail: [sandra.tiferes@uol.com.br](mailto:sandra.tiferes@uol.com.br)