UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

MAYRA MOREIRA XAVIER CASTELLANI

*Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a
experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por
transmissão vertical*

São Paulo
2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

MAYRA MOREIRA XAVIER CASTELLANI

*Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a
experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por
transmissão vertical*

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica

Área de concentração: Psicologia
Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúvia
Tourinho Moretto

São Paulo
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Castellani, Mayra Moreira Xavier.

Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por transmissão vertical / Mayra Moreira Xavier Castellani; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2014.

160 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. HIV 2. Aids 3. Transmissão vertical 4. Revelação 5. Psicanálise
I. Título.

RC114.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayra Moreira Xavier Castellani

Contar ou não contar, eis a questão:

um olhar psicanalítico sobre a
experiência da revelação diagnóstica
de HIV, em jovens infectados por
transmissão vertical

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre.
Área de concentração:
Psicologia Clínica

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos jovens vivendo com HIV por transmissão vertical, por decidirem partilhar comigo seus segredos mais profundos, muitas vezes desconhecidos até por eles mesmos, por tornarem meu trabalho enquanto psicóloga de um ambulatório hospitalar mais enriquecedor, pelos ensinamentos que suas histórias de vida me proporcionaram.

À Maria Lívia, que representa para mim mais do que uma orientadora, por ter acreditado em mim mais do que eu mesma, por ter me apresentado as inúmeras possibilidades da psicanálise em um hospital, por me acompanhar, tão de perto, na construção da minha escuta clínica, por ter me feito amar os caminhos de pesquisar, pelo cuidado que teve com cada medo e angústia minha, enfim, por ser tão sensível, generosa, dedicada, responsável, gentil, disponível e companheira.

A todos os colegas do “grupo de orientação de segunda”: Luciana, Cris, Marcos, Ivan, José Eduardo, Cláudia, Elton e Cláudio, pelas ricas discussões sobre meu tema de pesquisa, pelas atentas leituras e contribuições ao meu texto, por todos os questionamentos que me causaram novas ideias, por me ajudarem a mergulhar nos belos caminhos da psicanálise.

Ao Prof. Christian Dunker, por ter me introduzido, ainda nas épocas de faculdade, nos estudos da teoria lacaniana com tamanho empenho, por ter se prontificado a me socorrer, durante o aprimoramento em psicologia hospitalar na Casa da Aids, com supervisões de numerosos casos clínicos, pela brilhante ideia de me apresentar Maria Lívia, por analisar meu texto com tanta dedicação e me indicar percursos extremamente interessantes, em suma, por aceitar fazer parte da minha trajetória profissional.

À Dr^a Eliana Battaglia Gutierrez, a quem muito eu admiro, pela possibilidade que me deu de ser parte da equipe da Casa da Aids, onde tenho experiências que me desenvolvem dia a dia, pelas sensíveis propostas de atenção a saúde dos pacientes, por ter me incluído no Projeto de Transição, no qual juntas quebramos a cabeça para construir fluxos e intervenções eficazes e me deu essa dissertação como fruto, por ter aceitado me auxiliar com o mestrado, oferecendo considerações tão precisas.

À Michele Faria, exemplo de psicanalista, por me ajudar a desvendar Lacan, por ser tão comprometida com a transmissão da psicanálise, por nos fazer acreditar em lacanianos sensíveis e didáticos, por se mostrar disponível sempre que as figuras topológicas criavam nós.

À equipe multidisciplinar do Projeto de Transição – Rico, Angela, Susan, Adriana, Daniela – com quem dividi tantas inquietações frente o tratamento dos jovens com HIV por transmissão vertical, pelas informações tão importantes que me forneceram de suas áreas de saber, pela companhia na convicção de que podemos ajudar esses jovens a viverem melhor.

À toda equipe da Casa da Aids, pelos anos de caminhos percorridos juntos, pela pronta disponibilidade sempre que precisei, por trocas tão importantes para meu crescimento profissional, pela dedicação com que fazem seu trabalho, sempre levando em conta o bem estar daqueles que atendemos.

À Luiza Azem, por uma parceria inesperada, mas extremamente frutífera, pelo ombro amigo em momentos de tormenta, por termos juntas acreditado e construído um espaço melhor para a psicologia.

À Ana Lúcia, interlocutora da minha subjetividade, por anos de uma escuta atenta e preciosa, que me ajudou a ressignificar minha relação com o Outro.

À Lúgia e Ana Clara, amigas de fundamental presença, por se prontificarem a escutar minha angústia, quando ela estava no ponto de transbordamento, por transformarem minhas confusões e exigências superegóicas em possibilidades de construção e crescimento profissional.

À Vivian, querida amiga, irmã escolhida à dedo, parceira de tantos momentos, pela vibrante torcida desde a minha entrada no mestrado até a importante finalização, por me dar força e carinho, através das nossas deliciosas conversas.

Aos queridos amigos, André e Fernanda, pela surpreendente e imprescindível conversa que desatou nós teóricos, pelo incentivo a cada momento desta etapa da minha formação, pelo afetuoso interesse pela minha pesquisa.

Aos meus lindos amigos, com quem tenho o prazer de dividir momentos tão importantes da minha vida, na alegria e na tristeza, pela presença sempre acolhedora,

por terem pacientemente escutado meus não e minhas promessas para depois da entrega do texto, por terem contribuído, cada um a sua maneira, com ideias para a presente pesquisa.

À Cela e ao Alê, por terem me acompanhado nesse árduo e prazeroso percurso, pelos convites para espairecer a cabeça, pela competência profissional que me inspira, por serem tão amorosos, por terem possibilitado que eu fosse tia da Isa, por quem eu tenho um amor sem tamanho e que de forma tão natural, causa meu sorriso.

Ao meu pai e à minha mãe, Antonio e Marisa, pessoas indispensáveis no meu caminho, exemplos de luta e humanidade, por terem me dado a vida, por terem me mostrado o amor, por darem o melhor de si para me educar e me educarem para que eu sempre desse o melhor de mim, por me ensinarem a sonhar e a correr atrás dos meus sonhos, por estarem constantemente de braços abertos pra me receber, por me fazerem sentir orgulho de ser filha deles, e, claro, por terem me apresentado o mundo da psicanálise.

Ao Cauê, meu amado marido, por seu olhar, seu sorriso e seu amor que me fazem uma mulher melhor todos os dias, pelo seu sincero interesse em transformar os *seus* sonhos e os *meus* sonhos em *nossos* sonhos, por ser meu parceiro de todas as horas, pela força que me deu em todos os momentos de desesperança, por acreditar em mim, no meu trabalho e em um mundo melhor.

Faz parte da vida arriscar-se por um sonho...
Porque se não fosse assim, nunca teríamos sonhado!

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Justificativa e relevância.....	17
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. Objetivo geral.....	20
2.2. Objetivos específicos.....	20
3. MÉTODO.....	21
4. O CONTEXTO DO PROBLEMA: A RESPEITO DA AIDS E SUA EPIDEMIOLOGIA.....	24
4.1. O específico da Transmissão vertical do HIV.....	26
4.2. Particularidades da adolescência e juventude vivendo com HIV/Aids.....	29
5. A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS.....	32
5.1. Revelação ao parceiro e as implicações psíquicas da aids.....	34
5.2. O discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista.....	36
5.3. Ilustrações da clínica psicanalítica com jovens vivendo com HIV/Aids.....	43
5.3.1. C. – 21 anos.....	44
5.3.2. E. – 19 anos.....	45
5.3.3. R. – 20 anos.....	45
5.3.4. M. – 19 anos.....	46
5.3.5. R. – 19 anos.....	46
5.3.6. C. – 18 anos.....	47

6. CONTRIBUIÇÕES DE CONCEITOS PSICANALÍTICOS NA COMPREENSÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS ENVOLVIDOS NA EXPERIÊNCIA DA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO.....	49
6.1. Os conceitos <i>Tabu</i> e <i>Transmissão</i>	49
6.2. Sobre a <i>Identificação</i>	53
6.3. Nos caminhos da <i>Fantasia</i>	57
6.4. O afeto da <i>Angústia</i> e a angústia em se revelar.....	73
7. O QUE OS SUJEITOS TÊM A NOS DIZER.....	81
7.1. Sobre os sujeitos e seus discursos.....	81
7.2. Proposta de interpretação dos discursos.....	82
7.3. O discurso propriamente dito.....	83
8. CAMPO DAS INTERVENÇÕES: O QUE O PSICANALISTA TEM A DIZER?..	105
8.1. A revelação inicial do HIV e seus três tempos.....	106
8.2. A herança de um tabu.....	108
8.3. “Será que ele vai me aceitar?”: a construção de uma fantasia.....	111
8.4. Subjetividade e as possíveis ações do analista.....	115
9. PARA CONCLUIR.....	118
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
11. ANEXO A: ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	127
12. ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
13. ANEXO C: ENTREVISTAS.....	132

RESUMO

Castellani, M.M.X. *Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por transmissão vertical.* 2014. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 160 p.

O presente trabalho tem por objetivo investigar e fundamentar teoricamente, a partir da teoria psicanalítica de orientação freud-lacanianana, como se dá a experiência da revelação do diagnóstico de HIV, para a parceria afetivo-sexual, em adolescentes e jovens adultos infectados por transmissão vertical. É absolutamente compreensível a relação que se estabelece no âmbito da Saúde, entre revelação do diagnóstico e cuidados preventivos. No entanto, a clínica psicanalítica com os pacientes envolvidos nesta problemática nos indica que a revelação do diagnóstico é, para o paciente, uma experiência que ultrapassa muito o ato de informar um dado, sendo, antes, uma experiência subjetiva da revelação de uma identidade herdada. Por esse motivo, percebemos ser fundamental uma compreensão dos processos psíquicos envolvidos na experiência da revelação do diagnóstico destes jovens, levando em conta a singularidade de cada caso. Partimos de duas hipóteses: a revelação do diagnóstico ao parceiro afetivo-sexual pode ser influenciada por como lhe foi revelado seu diagnóstico, ou seja, sua herança do HIV, transmitida por sua mãe; a angústia associada à experiência da revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical para o parceiro pode ser uma resposta à fantasia de desamparo. Na tentativa de compreender esse cenário, elegemos alguns conceitos psicanalíticos como bússola, que podem contribuir para o cerzimento de articulações teórico-clínicas, são eles: tabu, transmissão, identificação, fantasia e angústia. Além disso, realizamos entrevistas semi-dirigidas com quatro pacientes, que tinham diagnóstico de HIV/aids por transmissão vertical. A análise das falas dos entrevistados foi realizada a partir do referencial psicanalítico, utilizando principalmente as teorias construídas por Freud e Lacan. A partir disso, pudemos concluir que guardar o diagnóstico de HIV como segredo implica resguardar a posição do sujeito em sua fantasia fundamental, que funciona de anteparo para a angústia e está diretamente ligada ao Outro. Nesse sentido a solução para ausência de sofrimento psíquico não seria nem direcionar o sujeito para a denúncia do segredo, nem tampouco, sugestioná-lo a manter o segredo a sete chaves. Neste momento, é fundamental compreender o lugar que o segredo encena na subjetividade dos jovens, por meio da escuta psicanalítica. Além disso, é imprescindível cuidar da resposta do psicanalista no âmbito institucional, como membro da equipe de saúde, defendendo um manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a importância da revelação do diagnóstico, uma vez que o paradigma da subjetividade pode ser uma alternativa competente para resolver uma problemática ainda muito incompreendida em serviços de saúde especializados em HIV/Aids.

Palavras chave: HIV, aids, transmissão vertical, revelação, psicanálise.

ABSTRACT

Castellani, M.M.X. *To tell or not to tell, that's the question: a psychoanalytic look at the experience of the disclosure of HIV diagnosis in young people infected by mother-to-child-transmission.* 2014. Master's Degree Dissertation, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 160 p.

The present study aims to investigate and to formalize theoretically, according to the psychoanalytic theory of Freud and Lacan, how is the experience of the disclosure of HIV serostatus to an intimate partnership, for adolescents and young adults infected by mother-to-child-transmission. The connection established under Health's context, between the disclosure of HIV serostatus and preventive care is absolutely understandable. However, the psychoanalytic treatment of patients involved in this issue indicates that disclosure of HIV diagnosis is an experience that exceeds just the act of informing, it is actually a subjective experience of revelation of an inherited identity. For this reason, we consider that it is fundamental to understand which psychological processes are involved in the experience of disclosing the HIV diagnosis, taking into account the uniqueness of each case. We have two hypotheses: the disclosure of HIV diagnosis to the partner may be influenced by how the individual received its own diagnosis, that represents the heritage of HIV, transmitted by the mother; the anguish associated with the experience of disclosing the HIV diagnosis through mother-to-child-transmission to the partner may be a response to the fantasy of helplessness. In trying to understand this scenario, we elect some psychoanalytic concepts such as a compass, that can contribute to make the theoretical and clinical link, they are: taboo, transmission, identification, fantasy and angst. In addition, we conducted semi-structured interviews with four patients who were diagnosed with HIV/AIDS through mother-to-child-transmission. The analysis of the interviewed people's speeches was done by the psychoanalytic theoretical basis, mainly using the theories constructed by Freud and Lacan. The course of this research allowed us to conclude that keep HIV diagnosis as a secret means to safeguard the position of the individual in its fundamental fantasy, which works as a screen for anxiety and is directly linked to the Other. In this context, the solution to the absence of psychological pain would be neither to guide the individual to denunciate its secret, nor suggests to keep the secret under lock and key. At this point, it is essential to understand the place that the secret stages in the subjectivity of young people, through the psychoanalytic listening. Moreover, it is also essential to take care of the psychoanalyst's work in the health institution, as a member of the health team, protecting the delicate handling between the time of each subject and the importance of disclosure, since the paradigm of subjectivity can be a competent alternative to solve a misunderstood issue inside the HIV/Aids specialized health services.

Palavras chave: HIV, aids, mother-to-child-transmission, disclosure, psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

Perdi muito tempo até aprender que não se guardam as palavras. Ou
as fala, ou as escreve, ou elas te sufocam.

Clarice Lispector

O interesse pelas questões que dão sustentação a este trabalho de pesquisa surgiu a partir de minha experiência clínico-institucional no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, enquanto psicóloga membro de equipe multiprofissional do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEAP HIV/AIDS-DMIP-HCFMUSP), desde 2008 até o presente momento, nos âmbitos da assistência, ensino e pesquisa, orientada pela teoria e pela ética da Psicanálise.

Mais especificamente, as questões surgiram a partir do meu engajamento no trabalho com pacientes adolescentes vivendo com HIV/aids, que tinham sido infectados por transmissão vertical, ou seja, adquiriram o vírus da mãe. Esse trabalho se deu em diversas modalidades de assistência psicológica oferecidas aos mesmos, nas quais foi possível identificar que, para estes jovens, a experiência da revelação do diagnóstico de HIV aos parceiros afetivos-sexuais era frequentemente angustiante e não se fazia sem consequências, inclusive para o andamento do tratamento, indicando a importância do aprofundamento nos estudos relativos aos processos psíquicos¹ aí implicados.

O contato com estes pacientes foi possível por meio de diferentes atividades clínico-institucionais tais como: atendimentos psicológicos individuais aos pacientes, grupos temáticos multidisciplinares de sala de espera, grupos de acolhimento e informativos, reuniões clínicas multidisciplinares, estudos e aulas sobre a temática da

¹ Figueiredo & Santi (2010) indicam que para uma ciência ser constituída, são necessárias, pelo menos duas condições: um objeto e um método. O objeto se dará a partir de uma diferenciação com o sujeito. Como a psicologia é uma ciência da subjetividade, o objeto de estudo se confunde com o sujeito. Portanto, muitos métodos de psicologia foram criados para lançar luzes sobre o sujeito enquanto objeto. O psíquico não pode ser apreendido como uma coisa, não pode ser observado como um objeto empírico, mas seus efeitos podem fazer com que ele possa ser compreendido. Assim, os conceitos psicológicos podem funcionar como mediação de um sujeito, já que o sujeito só pode ser apresentado por conceitos, e nesta ocasião, vamos nos valer dos conceitos da psicanálise.

revelação do diagnóstico de HIV e sobre a transmissão vertical, e a construção de um projeto de pesquisa/assistencial pela equipe multidisciplinar, com o intuito de conhecer as especificidades dos jovens infectados pelo HIV por transmissão vertical e propor um tratamento de excelência.

A partir da minha participação nessas atividades, que serão melhor explicitadas abaixo, foi possível perceber a importância de um estudo aprofundado, articulando os assuntos aqui mencionados. Essa articulação resulta nesta pesquisa sobre a temática da revelação do diagnóstico de HIV para a parceria afetivo-sexual entre adolescentes e jovens vivendo com HIV por transmissão vertical.

Estes adolescentes e jovens adultos com transmissão vertical chegam ao SEAP transferidos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP) - onde eram atendidos desde que descobriram seu diagnóstico, quando crianças - para dar continuidade a seu tratamento, já que tinham atingido a idade limite para o atendimento pediátrico – 18 anos.

Para a viabilidade da recepção destes jovens, a equipe multidisciplinar elaborou um projeto de pesquisa/assistencial, que previa diferentes ações. Tais ações se iniciaram com inúmeras reuniões de equipe para a montagem de um fluxo de atendimento ambulatorial e para a definição de responsabilidades dos diversos profissionais envolvidos.

Assim, nasceram os grupos de acolhimento e informativos, que são o primeiro contato dos jovens com o novo ambulatório, para conhecer e amenizar o impacto da transição ambulatorial destes jovens vivendo com HIV. Ainda, concomitantemente, surgiu a necessidade de atendimentos interdisciplinares, de reuniões com a equipe pediátrica dos paciente, de reuniões entre os profissionais que se dedicam ao tratamento dos jovens, e também, a necessidade de estudos e pesquisas sobre essa população.

Com o objetivo de construir propostas que visassem o sucesso desse tratamento, considerando as especificidades dessa população, inclusive o que tem de peculiar no que diz respeito à forma de sua transmissão pelo HIV, identificamos a necessidade da elaboração de um banco de dados com características sociorelacionais e clínicas destes jovens. A partir de tal banco, pudemos perceber que dados referentes a construção de parcerias sexuais e amorosas informaram que a maioria dos jovens já tinha estabelecido

estes vínculos.

Esta temática das parcerias se fez presente em uma atividade de tira-teima, que consistia em grupos de sala de espera com um caráter acolhedor e informativo, feitos entre profissionais e pacientes da instituição, coordenados pela equipe de adesão do SEAP. A proposta era viabilizar a discussão de temas percebidos como muito relevantes relacionados ao viver com HIV/aids, entre elas os relacionamentos afetivo-sexuais, salientando assuntos como: a parceria sorodiscordante (na qual um dos parceiros é infectado pelo HIV e o outro não), o uso do preservativo, o desejo de ter filhos, a revelação do diagnóstico etc.

Nesta ocasião, foi possível observar a grande angústia dos pacientes provocada por este último assunto – revelação do diagnóstico –, sendo que diversos deles pediam ajuda aos profissionais de saúde para construir a decisão de revelar seu diagnóstico, visando obter uma garantia de ausência de sofrimento. Eles também relatavam já terem passado por diversas situações angustiantes, que envolviam a percepção de uma necessidade de informarem seus diagnósticos aos parceiros.

Mais especificamente no atendimento clínico individual oferecido a estes pacientes, deparei-me inúmeras vezes com o discurso de insegurança frente à revelação do diagnóstico positivo de HIV para os parceiros afetivo-sexuais. As perguntas se repetiam: “Será que é melhor contar?” ou “Como vou contar?” ou “Será que ele (a) vai me abandonar quando souber?”

Cada paciente relatava a construção de uma estratégia diferente para se proteger das consequências imaginárias da revelação do diagnóstico, o que indicava, desde o início, que a provável decisão de revelar e o possível sofrimento psíquico referente a ela, devem estar relacionados com a posição subjetiva de cada indivíduo.

Além disso, é relevante dizer que durante os atendimentos clínicos, os pacientes traziam relatos de sofrimentos relacionados ao viver com HIV/aids, às restrições por serem soropositivos, aos preconceitos sentidos, vindos de pessoas próximas e queridas, e às lembranças repetitivas de momentos angustiantes relacionados ao viver com HIV/aids.

Emergem desta escuta clínica psicanalítica sobre a angústia envolvida na experiência da revelação do diagnóstico de HIV/aids, as primeiras questões que dão

sustentação à presente pesquisa: o que se revela, por meio da revelação de um diagnóstico que traz em si a marca da herança – transmissão vertical - de um vírus, carregado de significações sociais tão pesadas e negativas? Como intervir, junto à estes pacientes, e como favorecer a construção de novas alternativas para enfrentar o processo da revelação do diagnóstico? E mais: qual a significação que o sujeito atribui a possuir o HIV? Quais representações ele constrói sobre sua doença? O que se herda quando a herança é o HIV vindo da mãe? O que se transmite, quando se transmite o HIV? Como é receber a notícia do diagnóstico de HIV quando adolescente? Qual marca o HIV faz no psiquismo do sujeito? Qual a função de se revelar a alguém? Por que existe angústia no momento da revelação do diagnóstico de HIV? Quais interpretações possíveis para o medo do abandono do(a) parceiro(a), por conta do HIV?

A princípio, pode-se afirmar que tanto o sofrimento referente ao viver com HIV/aids, quanto a decisão de revelar o diagnóstico, estão relacionados com a posição subjetiva de cada indivíduo. Mas quais processos psíquicos estão envolvidos nessa tomada de decisão que, nestes casos de transmissão vertical, não envolvem apenas a revelação de um diagnóstico, mas a revelação de algo que se herda? Trata-se de decidir revelar também uma marca que se herda, relativa à presença de um vírus, carregada de significações sociais negativas.

Embora seja absolutamente compreensível a relação que se estabelece, no âmbito da Saúde, entre revelação de diagnóstico e cuidados preventivos, a clínica psicanalítica com os pacientes envolvidos nesta problemática nos indica, que a revelação do diagnóstico é para o paciente uma experiência que ultrapassa muito o ato de informar um dado. É, antes, uma experiência subjetiva de revelação de uma identidade herdada, e que, portanto, nem sempre o momento da revelação do diagnóstico coincide com o início das relações afetivo-sexuais, podendo, muitas vezes, implicar num evitamento destas últimas.

Neste sentido, sem dúvida, faz-se necessária a compreensão dos processos psíquicos envolvidos na tomada de decisão sobre a revelação do diagnóstico – que envolve a singularidade de cada caso. A esta questão soma-se outra, que diz respeito à resposta do psicanalista no âmbito institucional, como membro da equipe de saúde, no manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a importância da revelação do diagnóstico em diversos sentidos.

Na tentativa de investigar as questões providas da clínica com estes pacientes, nossa primeira hipótese é que a angústia associada à experiência da revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical para o parceiro afetivo-sexual pode ser uma resposta à fantasia de desamparo, sendo a iminência da revelação equivalente à iminência de desamparo.

É em função disso que recorreremos a alguns conceitos psicanalíticos que, bem definidos e articulados, podem contribuir para o cerzimento de articulações teórico-clínicas, as quais nos indiquem os esclarecimentos das questões colocadas nesta pesquisa. Os conceitos são: tabu, transmissão, identificação, fantasia e angústia.

Consideramos ainda como hipótese, a possibilidade de que a revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso por parte do jovem seja, de algum modo, influenciada pela forma que lhe foi revelado seu diagnóstico, em momento anterior, ou seja, pelo modo que ele soube de sua herança do HIV, transmitida por sua mãe, e como ele se “apropriou” deste diagnóstico.

1.1 Justificativa e Relevância

Com base no que foi exposto na apresentação desta pesquisa, considera-se que a proposta de investigação teórica, por meio dos conceitos mencionados, pode suscitar uma compreensão de processos psíquicos, respeitando a singularidade de cada caso, e guiar o espaço de escuta clínica a esses pacientes.

Este espaço pode representar uma abertura para questionamentos e elaborações frente ao sofrimento psíquico, um manejo de dificuldades relacionadas a doença e sua revelação, possibilitando o reconhecimento do desejo dos sujeitos e o direcionamento de suas ações ao autocuidado, prezando seu tratamento. Aqui está indicada uma relevância clínica desta pesquisa, a partir do oferecimento de um dispositivo de escuta psicanalítica a pessoas que apresentam impactos psíquicos frente ao HIV/aids.

Acredita-se que este trabalho poderá também contribuir para a construção de práticas de saúde com a equipe interdisciplinar assistente desses jovens, que visam a boa qualidade do tratamento a eles oferecido e que atendam as características

específicas dessa população, reconhecendo as barreiras existentes e se focando em minimizá-las.

Espera-se ainda, que a construção de conhecimento nessa área seja de grande valia para a implantação e oferta de serviços de saúde eficazes e de boa qualidade. Isso pode ocorrer tanto no que diz respeito à saúde física e psíquica dos pacientes, quanto para o sistema de saúde brasileiro, fazendo referência a possibilidade de contribuições à assistência prestada aos pacientes HIV/aids nas instituições públicas.

A partir disso, deve-se considerar também a vertente institucional da função do psicanalista no hospital, que sustenta um trabalho cuidadoso com a equipe, no qual existe a tentativa de incluir uma visão da subjetividade do paciente.

Foi pensando nessas questões referentes à clínica psicanalítica e ao desafio que tem sido construir um tratamento aos jovens vivendo com HIV por transmissão vertical, inclusive no que diz respeito a experiência da revelação do diagnóstico, que surgiu a decisão de pesquisar.

Levando em conta que a pesquisa científica traz consigo a produção de conhecimento, pretende-se, com os resultados deste estudo, somar conhecimento ao que já existe publicado nacional e internacionalmente sobre a temática em questão, a saber: a compreensão psicanalítica da experiência da revelação do diagnóstico de HIV/aids por transmissão vertical por parte de adolescentes e jovens adultos.

Até o momento, a busca de textos para fundamentação teórica, em base de dados de literatura científica a respeito do tema, indica uma escassez de publicação de trabalhos psicanalíticos a respeito da experiência de pessoas vivendo com HIV/aids. Essa escassez se acentua quando buscamos trabalhos que abordem, nessa perspectiva teórica, os processos psíquicos envolvidos na experiência de revelação do diagnóstico de HIV/aids por transmissão vertical.²

Sendo assim, a pesquisa aqui proposta tem relevância de caráter teórico, social e psicológico, uma vez que a aids veio mostrar múltiplas facetas no decorrer da sua

² Foi realizada uma busca na base de dados BIREME e foram encontrados 12 artigos com os unitermos HIV, Aids, psicanálise; 7 artigos com HIV/Aids e psicanálise; 1 artigo com os unitermos HIV, Aids, psicanálise, revelação; nenhum artigo com HIV, Aids, psicanálise, transmissão vertical. Busca atualizada em 19 de outubro de 2014.

história. Esta pesquisa poderá contribuir para a clínica com jovens vivendo com HIV/aids, que tem se apresentado como um desafio na atualidade.

O texto que será apresentado em seguida está estruturado deste modo: explicitação dos objetivos geral e específicos, apresentação do método utilizado para o alcance dos objetivos, exposição do contexto da temática pesquisada com fundamentação teórica a respeito do problema da aids e sua epidemiologia, a transmissão vertical do HIV, dados sobre a adolescência e a juventude vivendo com HIV/aids.

Na sequência, trataremos a questão da revelação do diagnóstico de HIV/aids, iniciando com a revelação para o parceiro, passando pelos elementos sobre o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista sobre o tema, e finalizando com ilustrações da clínica psicanalítica com adolescentes e jovens infectados por transmissão vertical.

Além disso, será apresentado um capítulo sobre a fundamentação teórica psicanalítica, no qual elegemos alguns conceitos psicanalíticos – tabu, transmissão, identificação, fantasia e angústia – que embasam a articulação teórico-clínica, como contribuição para a compreensão dos processos psíquicos envolvidos na experiência de revelação do diagnóstico.

Para finalizar a presente pesquisa, será feita uma exposição sobre o discurso dos pacientes que foram entrevistados, na qual serão descritas suas experiências e reflexões em relação a temática da revelação do HIV. Ainda nesta ocasião, para representar o fechamento e esclarecer as respostas que atingimos, faremos uma discussão sustentando o que o psicanalista tem a dizer sobre a revelação do diagnóstico de HIV, em seu contexto mais amplo, para os jovens infectados por transmissão vertical.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente trabalho de pesquisa tem por objetivo investigar e fundamentar teoricamente, a partir da teoria psicanalítica de orientação freud-lacaniana, como se dá a experiência de revelação do diagnóstico de HIV/aids, para a parceria afetivo-sexual, em pacientes adolescentes e jovens adultos com HIV adquirido por transmissão vertical.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar e fundamentar teoricamente a relação entre o afeto da angústia e a experiência de revelação do diagnóstico de HIV na parceria afetivo-sexual, e sua relação com as dificuldades envolvidas em tal revelação.
- Investigar se a revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical, dada pelo cuidador à criança ou adolescente, influencia – e no caso positivo, de que modo influencia – a própria experiência da revelação do diagnóstico para o(a) parceiro(a) afetivo-sexual.
- Ampliar o escopo teórico-clínico a respeito do tema, de modo a evidenciar as contribuições da Psicanálise para a construção de práticas em saúde junto às equipes especializadas, e de projetos terapêuticos singulares, em especial no tocante à construção de decisões sobre a temática da revelação do diagnóstico de HIV/aids no âmbito do tratamento e da prevenção.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-clínico, que se inicia com uma revisão de literatura científica sobre o problema de pesquisa e sobre as contribuições da Psicanálise a este campo.

A partir de hipóteses provindas da clínica psicanalítica, oriundas da narrativa de pacientes adolescentes e jovens adultos vivendo com HIV/aids por transmissão vertical, a respeito da experiência de revelação do diagnóstico para parceiros afetivo-sexuais, elegemos alguns conceitos psicanalíticos como bússola na tentativa de compreender os processos psíquicos envolvidos nessa experiência. Os conceitos escolhidos para facilitar a articulação teórico-clínica e para a sustentação das hipóteses foram: tabu, transmissão, identificação, fantasia e angústia, a partir da perspectiva freud-lacaniana.

Com base na escolha dos conceitos, partimos para a definição dos mesmos na literatura psicanalítica, articulando-os com “vinhetas clínicas”³, extraídas dos atendimentos clínicos de pacientes nesta condição, que apresentam a problemática pesquisada.

Além disso, realizamos entrevistas semi-dirigidas com pacientes convidados para este fim, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, seguindo um roteiro (Anexo A) com 14 perguntas. Tais perguntas buscaram informações e facilitaram a narrativa do paciente sobre como foi feita para ele a revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical, sobre sua decisão a respeito do momento da revelação diagnóstica à sua parceria afetivo-sexual e sobre as dificuldades envolvidas nessa revelação, que abordam a experiência e os sentimentos do jovem voltados a esse momento e que informam se existe participação do profissional de saúde nessa escolha de comunicação.

Para a entrevista semi-dirigida, foi feita a seleção aleatória de quatro participantes, através de uma amostra de conveniência. Os incluídos foram jovens com infecção do HIV por transmissão vertical, transferidos do Instituto da Criança do

³ “Vinheta Clínica” são recortes de atendimentos psicológicos, ou de situações relacionadas à algum tipo de vivência do paciente, que são utilizadas para ilustrar um raciocínio teórico.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP), no período de 2012 até 2014, que teriam consultas agendadas com seus médicos infectologistas do SEAP HIV/AIDS HCFMUSP, no primeiro semestre de 2014.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e orientados sobre a realização das entrevistas. Essa participação dos pacientes teve caráter voluntário, a pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa e fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala do ambulatório adulto especializado, de acordo com a o dia da consulta com o infectologista e a disponibilidade cada paciente. Com a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas pela pesquisadora, a fim de garantir a integralidade e veracidade dos dados obtidos.

Aos pacientes que apresentassem demanda para atendimento psicológico, percebida durante o momento da entrevista, ou que sentissem necessidade de acompanhamento depois da realização da pesquisa, poderia ser oferecida a possibilidade de encaminhamento ao serviço de atendimento psicológico da instituição. No entanto, nenhum paciente desejou ser encaminhado.

Após a realização das entrevistas com os jovens, foi feita uma transcrição literal das gravações dessas entrevistas. O material encontrado foi lido repetidamente, visando levantar temas relevantes que possam ter aparecido no discurso dos adolescentes. Foi possível verificar, através dos discursos dos entrevistados, a hipótese de que a relação que o jovem, com infecção pelo HIV por transmissão vertical, estabeleceu com a descoberta de seu diagnóstico interfere diretamente na maneira que eles lidam com a revelação do diagnóstico para suas parcerias afetivas.

A análise dos conteúdos coletados na pesquisa aqui proposta foi realizada a partir do referencial psicanalítico, utilizando principalmente as teorias construídas por Freud e Lacan, e norteou a discussão, procurando responder às perguntas sobre os processos psíquicos envolvidos na experiência de revelação do diagnóstico. Isso foi feito de modo a enfatizar o que é fundamental, do ponto de vista teórico-clínico, para o manejo clínico no tratamento da angústia destes pacientes, objetivando levantar

questões sobre o que se faz essencial para a prática dos profissionais de saúde que atendem pacientes com esta problemática, sobretudo que atuem em serviços regidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Neste contexto, foi levada em consideração a característica da pesquisa em psicanálise enquanto processo investigativo, diretamente relacionado às peculiaridades da subjetividade humana, com o propósito de produção e transmissão de conhecimento.

4. O CONTEXTO DO PROBLEMA: A RESPEITO DA AIDS E SUA EPIDEMIOLOGIA

Anunciaram a minha morte, nomeando-a com uma sigla de quatro letras que não são da palavra amor. São as letras das palavras dias: estes, que vivemos, ou aos quais sobrevivemos. Não quero esses dias, não aceito esta morte anunciada. AIDS é só uma doença desses nossos dias, uma qualquer, não aceito que façam dela sinônimo do último dia. Ela nada mais significa do que uma infecção por um vírus que causa uma epidemia que vamos vencer. Com todas as letras do amor: s-o-l-i-d-a-r-i-e-d-a-d-e.

Hebert Daniel⁴

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença decorrente do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), que ataca as células de defesa do corpo humano, comprometendo significativamente o sistema imunológico. Com isso, o organismo torna-se mais suscetível a simples doenças, como um resfriado, ou a infecções mais graves como pneumonia, tuberculose, neurotoxoplasmose, entre outras; e também mais suscetível a diferentes doenças sexualmente transmissíveis. É importante dizer que ter o HIV não é a mesma coisa que ter a aids. Existem muitas pessoas que vivem com o HIV durante anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a aids. (Ministério da Saúde, 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde⁵, 1982 foi o ano em que o Boletim Epidemiológico relatou o primeiro caso de aids no Brasil e também o ano em que se teve o conhecimento da possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Em 1984, foi organizado o Primeiro Programa de Controle e Prevenção da Aids do Brasil, no Estado de São Paulo. Em 1985, foi relatado o primeiro caso de transmissão vertical, a qual acontece quando a mãe transmite o HIV para seu filho, que pode ser infectado durante a gestação (transmissão para o feto no útero), durante o parto (transmissão pelo sangue materno), ou durante a amamentação (transmissão através do leite materno).

Para Reis (2004), o conhecimento dos primeiros casos da infecção na década de

⁴ Daniel, H. (1991). Vida antes da morte. Rio de Janeiro: Escritório e Tipografia Jaboti.

⁵ Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acessado em 10 de outubro de 2013.

80, foi seguido por uma disseminação da aids no mundo, representando a pandemia da atualidade. A aids em seu início no Brasil, teve como característica predominante a disseminação entre homossexuais e bissexuais masculinos, sendo que esta categoria de exposição correspondia a 45,9% dos casos, entre os anos de 80 e 90. Com o passar do tempo, a transmissão passou a ser relacionada ao sangue e encontrada não apenas em homossexuais, mas em mulheres, homens heterossexuais, usuários de drogas, hemofílicos, bebês e receptores de transfusão de sangue.

O Ministério da Saúde informa que em 1987 aconteceram as primeiras experiências com o AZT, um antirretroviral⁶, e em 1991 se iniciou um processo para a aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais para a população infectada. Cinco anos depois surgiu oficialmente a terapêutica conhecida como “coquetel”, que usa um tríplice esquema de antirretrovirais e assim se iniciou a era HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Neste mesmo ano, foi relatada queda significativa das taxas de mortalidade por aids e das infecções oportunistas, em função do uso do coquetel. Gutierrez (2004) esclarece que o objetivo da terapia antirretroviral é produzir uma consistente parada na replicação do HIV, o que, na maioria das vezes, acaba por promover níveis indetectáveis de carga viral no sangue do paciente.

Ao longo do tempo, percebeu-se que a infecção sofria uma mudança em relação ao seu perfil epidemiológico e aumentava o número de casos entre as mulheres (tendência de feminização), dirigia-se para os municípios do interior dos estados brasileiros (tendência de interiorização) e aumentava significativamente na população de baixa escolaridade e baixa renda, em um país com desigualdade de renda e de acesso a bens e serviços de saúde (tendência de pauperização)⁷.

Após 30 anos do início da aids, o Brasil apresenta uma epidemia com característica estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo). De acordo com o último Boletim Epidemiológico⁸ (ano base 2012), foram notificados 656.701 casos de aids no Brasil,

⁶ Medicamento que reduz a multiplicação do HIV.

⁷ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-aids>

⁸ Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_pdf_140_28.pdf. Acessado em 10 de outubro de 2013.

acumulados entre 1980 e junho de 2012, sendo 426.459 (64,9%) do sexo masculino e 230.161 (35,1%) do sexo feminino.

4.1 O específico da Transmissão Vertical do HIV

Brito et al (2006) relatam que por conta do aumento da forma de transmissão heterossexual do HIV, houve um aumento progressivo do HIV entre as mulheres e, conseqüentemente, uma elevação no número de casos notificados entre crianças infectadas por transmissão vertical do HIV. Ao longo dos anos da epidemia de aids, houve uma mudança relativa à prevalência de casos desta categoria na população em geral. Tal mudança foi viável graças a recomendação feita em 1994, pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), do uso de AZT pelas mulheres com HIV durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação, durante o parto, e pelas crianças durante as primeiras seis semanas de vida. Esta recomendação foi feita após comprovarem a efetividade do uso do AZT na redução da transmissão vertical do HIV em 67,5% dos casos.

Existem fatores que podem aumentar o risco da transmissão do HIV da mãe para o filho, segundo Barreto (2011), são eles: o estágio avançado da aids na mãe, elevada carga viral do HIV na mãe, o parto ser normal, prematuridade do feto, tempo de ruptura das membranas, corioamnionite⁹, aleitamento materno e tabagismo. Para evitar a chance de transmissão desses fatores, é importante haver qualidade na assistência nos serviços de pré-natal e maternidade, o que influencia diretamente na redução da transmissão vertical.

Segundo Matida et al (2010) a redução deste tipo de transmissão no Brasil foi possível graças ao acesso universal à terapia antirretroviral e aos serviços especializados, ao oferecimento do teste anti-HIV para gestantes e também aos exames de carga viral do HIV e contagem de células CD4.

O Boletim Epidemiológico (ano 2012) informa que, entre 1980 e junho de 2011,

⁹ Corioamnionite é uma inflamação das membranas fetais (âmnio e córion) devido a uma infecção bacteriana.

foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos, o que indica o número de casos por transmissão vertical, tendo uma redução de 40,7% nos últimos 12 anos. Em 2011 foram notificados 745 casos de aids, com taxa de incidência de 5,4/100.000 habitantes. Ainda é frequente no Brasil o diagnóstico tardio de casos de transmissão vertical do HIV. Em 2010, dos 518 casos de aids por transmissão vertical diagnosticados no país, 165 (31,8%) foram em adolescentes com 13 anos ou mais.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁰, existe uma meta do governo brasileiro para reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 2% em todo o país, até 2015. Acredita-se que a prevenção da infecção pelo HIV nas mulheres em idade fértil, o conhecimento precoce do estado sorológico e o tratamento adequado são as principais estratégias para essa medida. O diagnóstico no início da gestação possibilita o efetivo controle da infecção materna e a consequente diminuição da transmissão vertical. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser sempre oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, a todas as gestantes na primeira consulta, independentemente de sua situação de risco.

Com as novas perspectivas de vida, frente aos avanços nos cuidados aos portadores de HIV e/ou doentes por aids, principalmente a partir do advento e o acesso universal à Terapia Antirretroviral Combinada de Alta Potência (HAART) nos últimos 16 anos e das conquistas sociais, para Xavier et al (2013), foi possível observar uma grande melhoria no prognóstico e na qualidade de vida das pessoas que vivem infectadas pelo HIV, incluindo crianças, as quais crescem e se transformam em adolescentes e adultos.

De acordo com Reis (2004), os indivíduos soropositivos puderam começar a enfrentar suas necessidades de outra forma, não estando exclusivamente atrelados a uma desesperança constante frente à morte, implicando uma nova compreensão deste indivíduo, de sua família e consequentemente da assistência prestada a eles.

Muitas mudanças aconteceram desde o aparecimento da doença, anteriormente vista como sinônimo de morte, e hoje compreendida como uma doença crônica, incurável. Uma delas foi a mudança no cenário de infecção pelo HIV em crianças com

¹⁰ Disponível em:

http://www.aids.gov.br/noticia/2011/diminui_taxa_de_transmissao_vertical_do_virus_da_aids.
Acessado em 18 de outubro de 2013.

transmissão vertical.

Spinard et al (2008) afirmam que quando as crianças infectadas por transmissão vertical chegam a adolescência, seus cuidadores se deparam com novos desafios no cuidado com os jovens, tais como a revelação do diagnóstico para eles, a escolarização, a adesão a um tratamento complexo, além das vivências de relacionamentos afetivos, da vida sexual e inclusive da paternidade/maternidade. Sabe-se ainda, que a cronicidade da doença nessa população pode provocar prejuízos no desenvolvimento físico e psíquico, de forma distinta dos que são encontrados nos adultos. (Seidl et al, 2005)

Além disso, outras repercussões na vida dos jovens com HIV por transmissão vertical, apontadas por Barreto (2011), que podem aumentar a vulnerabilidade social desse grupo, são alguns eventos familiares complexos: a orfandade pela morte dos pais por conta do HIV; pais e/ou irmãos vivendo com HIV; privações; adoção por familiares ou mesmo por pessoas desconhecidas; e institucionalização, em abrigos, por exemplo.

Existe a necessidade de um olhar apropriado para a população foco desta pesquisa, que, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, se inclui na faixa da adolescência – entre 10 e 20 anos de idade – e da juventude entre 15 e 24 anos. Percebe-se que há uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. É importante considerar as características e necessidades biopsicossociais, culturais e demográficas específicas dessa população.

Sobre isso, sabe-se que o período de transição do atendimento pediátrico para o atendimento de adultos é um processo complexo e com muitos fatores que o tornam especialmente difícil. Xavier et al (2013) apresentam dados referentes a jovens com transmissão vertical do HIV em período de transição ambulatorial. Os autores concluem que é fundamental melhorar o conhecimento sobre esta população com características especiais, para o planejamento de intervenções com objetivo de melhorar o manejo clínico, desenvolvimento de autonomia e elevação da qualidade de vida.

4.2 Particularidade da adolescência e a juventude vivendo com HIV/aids

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

Essa travessia complexa do mundo infantil para um mundo adulto, pode representar um processo repleto de perdas, mas também de ganhos e novas vivências e experiências, antes desconhecidas. Aberastury (1991) afirma que existem três lutos ou perdas que irão necessitar de elaboração pelo jovem: a perda do corpo infantil, a dos pais da infância e a da identidade infantil.

Em relação às novas vivências, pode-se dizer que o adolescente/jovem se depara com um processo de busca de si mesmo e de sua identidade, que inclui questões como o pertencimento, ou não, a determinados grupos; o envolvimento com o tempo; as reações às situações cotidianas; o desligamento progressivo dos pais, direcionado à independência e autonomia; a descoberta, assunção e experimentação da sexualidade; a relação com o próprio corpo etc.

Quanto à imagem corporal do adolescente/jovem, sabe-se que ela é modificada, principalmente por conta de um desenvolvimento contínuo presente na etapa da puberdade, na qual o corpo infantil passa a se assemelhar ao corpo adulto. Esse corpo é capaz de despertar o desejo e provocar o olhar do outro, abrigando uma sexualidade e um sujeito que se torna desejante.

Para o Ministério da Saúde (2013) deve-se considerar que a adolescência também é produto de um momento histórico da sociedade e da cultura, que influencia a mudança de valores e comportamentos das pessoas, embora exista um processo psíquico acontecendo nesta etapa da vida, sendo que cada indivíduo a experienciará de uma forma singular.

Nesse sentido, aparece a aids como uma pandemia da atualidade, que despertará

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

De acordo com Barreto (2011) a aids é um fenômeno complexo por conta de todas as vertentes que acometem o indivíduo: biológico, afetivo, psicológico e social. O processo de adolecer com essa doença se torna mais complexo, pois além de todos os conflitos naturais da adolescência, os jovens ainda vivem com a realidade de serem portadores do HIV, o que faz com que a adolescência fique ainda mais cheia de incertezas.

Para Oliveira e Gomes (2004) é na adolescência que o indivíduo começa a entender sua doença, que carrega consigo desde a infância, e descobre seus significados, preconceitos, estigmas. Também é neste momento da vida que as dificuldades na aceitação da aids aparecem, pois ela interfere na expressão da sexualidade e nas relações afetivas.

Existe uma descrição de uma série de complicações do HIV/aids relacionadas ao adolecer, feita pelo Ministério da Saúde (2013), que leva em consideração o impacto do HIV, especificamente, frente às mudanças ocorridas na fase da adolescência:

- a) O desconhecimento do diagnóstico, ou o acordo tácito entre adolescentes e pais de não falar sobre a questão, pode prolongar ainda mais a dependência, adiando a autonomia e o autocuidado;
- b) A fragilidade do corpo físico na situação de adoecimento pode causar superproteção de cuidadores, familiares e da equipe de saúde, adiando a maturidade do adolescente;
- c) A fantasia de invulnerabilidade do adolescente pode prejudicar a aceitação do viver com HIV e do tratamento, comprometendo a adesão e a responsabilidade pelo autocuidado;
- d) A atitude contestadora do jovem e a busca por independência podem dificultar

também a boa adesão ao tratamento;

- e) As preocupações com temáticas adolescentes fazem com que o jovem, muitas vezes, não acompanhe conceitos e explicações sobre a aids;
- f) A identificação com os grupos pode ser comprometida se o adolescente se percebe, ou é percebido, como diferente, causando um isolamento social;
- g) A autoestima pode ser fragilizada pela doença, pela imagem corporal, ou pelos efeitos do medicamento usado, contribuindo para quadros de depressão, ansiedade e isolamento;
- h) Reações de revolta, solidão, depressão e ansiedade também podem estar associadas a vivências de preconceito e discriminação, podendo despertar pensamentos suicidas;
- i) Podem ser frequentes o uso de drogas e a prática de relações sexuais sem proteção, muitas vezes pelo fato do adolescente não se focar em prever as consequências de suas atitudes;
- j) Nas famílias dos adolescentes é comum a vivência de situações como: orfandade, doença dos pais ou dos irmãos, privações, adoções e institucionalização, que podem causar sentimentos de luto, tristezas profundas, desânimo etc.

Levando em consideração todas as especificidades dos adolescentes/jovens acima mencionadas, e que a clínica psicanalítica com essa população vivendo com HIV por transmissão vertical tem sido um desafio para os profissionais de saúde na atualidade, optou-se por pesquisar a revelação da soropositividade na parceria afetivo-sexual entre essa população, por acreditar que a questão da revelação apresenta-se nesse momento, como sendo a mais urgente.

5. A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

Uma palavra que não pode sair da boca acaba convertendo-se em
baba peçonhenta.

Provérbio Africano¹¹

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

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

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

Na escuta de inúmeras pessoas vivendo com HIV, inclusive dos entrevistados desta pesquisa, atentamos para a relação escancarada nos discursos, entre o HIV e o segredo, muitas vezes guardado a sete chaves, somente para si, ao longo da vida. O termo *revelação* que apresenta tal conotação em seus significados, aparenta ser um melhor representativo desta questão, figurando um sentido mais próximo a isso. Além

¹¹ Couto, M. (2012) *A Confissão da Leoa*. São Paulo: Companhia das Letras.

disso, esse termo diz da informação de um atributo, antes desconhecido, e é exatamente este atributo relacionado ao HIV, que é trancado, escondido, silenciado pelo sujeito.

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

Sobre a revelação do diagnóstico ao adolescente infectado, Lima e Pedro (2008) dizem que, para os cuidadores, a revelação tanto no ambiente familiar, quanto no social, é discriminatória, pois se supõem que não existe compreensão da aids como uma doença crônica. O medo do impacto do diagnóstico na vida do adolescente, do estigma social, da produção de sentimentos de culpa ou vergonha e a preferência de fazer da aids um segredo, fazem com que a decisão dos cuidadores de revelar tal diagnóstico seja difícil.

Comumente, os cuidadores ou familiares optam por adiar a revelação e continuar a manter o segredo do diagnóstico do HIV da criança ou adolescente, sem calcular que a opção por esse segredo pode não ser benéfica para o indivíduo. Barreto (2011) afirma que a revelação deve acontecer de forma gradual, com várias possibilidades de diálogos e ocasiões de esclarecimentos relativos à doença, e a participação de profissionais de saúde neste processo de revelação deve ser decisão da família.

Silva et al (2010) referem que quanto mais cedo a revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical for feita ao indivíduo, mais fácil é a forma dele lidar com o HIV, tendo a percepção de que o vírus faz parte do crescimento, e a aceitação do diagnóstico da doença é mais simplificada.

O existir dos jovens com transmissão vertical do HIV é marcado pelas lembranças de como eles souberam seu diagnóstico, segundo Paula et al (2011). Este

momento interfere em suas vidas, inclusive em como eles tomam a decisão de revelar seu diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso, pois, se lhe disseram que é importante não contar a ninguém que se tem o HIV por conta do preconceito sofrido, eles estabelecem um acordo de silêncio. Em entrevistas, segundo os autores, os adolescentes com transmissão vertical do HIV se apresentaram como indivíduos que conhecem a sua doença e sabem que ela foi transmitida por sua mãe, dizem que é ruim ter familiares doentes ou que já morreram. Ainda é concluído ali, que o início da vida desses adolescentes é marcado pela herança da aids, pelas perdas e pela orfandade.

5.1 Revelação ao parceiro e as implicações psíquicas da aids

Em posse de seu diagnóstico de HIV, o jovem traz uma nova questão para sua vida: a revelação para outras pessoas. Segundo Barreto (2011), é comum o adolescente ter uma postura de omitir seu diagnóstico de HIV e seu tratamento, como forma de se proteger de preconceitos, julgamentos e discriminações, omissão esta que pode ser incentivada pela família. Os jovens dizem que a revelação só é feita para pessoas de confiança, que, seguramente, não serão preconceituosas com eles. Uma das consequências do sigilo do diagnóstico é o isolamento do indivíduo, retirando-o do convívio social, desencadeando sentimentos negativos, e mantendo a opção de não revelar, como um ciclo vicioso.

A revelação do diagnóstico para terceiros, mencionada acima, inclui a revelação para o parceiro amoroso, tema de grande relevância para esta pesquisa.

Segundo Paiva et al (2011) os jovens vivendo com HIV atribuem grande importância ao amor, incluindo o namoro, a formação de uma família e o desejo de ter filhos. Neste contexto, observou-se que a atividade de administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos, inclusive no que diz respeito à revelação do diagnóstico de HIV, mobilizava o cotidiano destes jovens. A opção de não comunicar imediatamente seu diagnóstico predomina entre eles, independentemente se eles estiverem namorando ou ficando, com ou sem sexo. A necessidade de "confiar bastante para contar" apareceu no discurso de todos os jovens.

Marques et al (2006) relatam que a revelação do diagnóstico de HIV aos parceiros afetivos é complexa. Por um lado, os jovens reconhecem a necessidade de proteger seu parceiro da possibilidade de infecção, mas, por outro, revelar seu diagnóstico e ser abandonado apresenta-se como um fato bastante ameaçador. A atitude costuma ser "deixar para mais tarde a decisão".

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

Nesse sentido, Cavallari (1997) afirma que receber este diagnóstico não é apenas ter conhecimento de um agente infeccioso, que pode provocar progressivamente a falta de defesa do organismo perante doenças oportunistas, mas é essencialmente deparar-se com a vulnerabilidade dos aspectos fundamentais de suporte do eu. Diante desse quadro, parte-se do pressuposto que o diagnóstico HIV positivo pode ter um caráter traumático e que as gradações deste trauma dependem das condições de cada sujeito. As cargas de significação em torno do HIV estão relacionadas a conotações atribuídas a assuntos tabus, primitivos no psiquismo, por envolverem o sangue, a sexualidade e a morte.

Em oposição ao ponto de vista de Cavallari, existe a ideia de que para algumas pessoas, o momento da revelação do diagnóstico de HIV/aids possui um efeito organizador, provocando alívio da dor e do sofrimento que anteriormente podem ter sido sentidos.

Para Cedaro (2005) a aids é um tipo de perda marcante. Ela exige um trabalho de luto incessante, por si mesmo, devido às perdas ocasionadas pela doença, como a perda de um corpo saudável, o abandono de parceiros afetivos ou a perda de empregos por conhecimento do diagnóstico. A aids é causadora de uma ferida para além do corpo, para além do real da carne, ela cria uma ferida psíquica, que encerra a ilusão de completude e integridade plena inerente aos sujeitos. O eu se mostra ferido afetado pelo vírus e pelos efeitos dos sintomas, sejam eles biológicos, sociais, ou psíquicos. A aids,

como uma doença incurável, pode aproximar o indivíduo da angústia de morte, provocando sentimentos de desespero e impotência.

Dias (2002) sustenta que as reações narcísicas são esperadas quando a vida é colocada em risco. O sujeito, quando a vida se revela próxima à extinção, tende a desenvolver recursos que lhe ajudem a garantir a sustentação da sua própria imagem, abalada com a descoberta da aids. A presença da aids retoma a indissociabilidade entre morte e a vida, de um modo que permite ao sujeito qualificar sua existência de uma forma diferenciada. Ele ainda sustenta que, a partir da prática psicanalítica, o reconhecimento do desejo inconsciente que habita o sujeito vivendo com HIV é decisivo no avanço da doença, permitindo, em muitos casos, a remissão da gravidade dos sintomas.

A partir dessa articulação entre a revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso e as implicações psíquicas da aids, que escancaram o sofrimento e a angústia vividos, e acabam por dificultar tal revelação, pode-se assegurar que os indivíduos vivendo com HIV se encontram em um terreno de incertezas e é urgente o reconhecimento da necessidade de um espaço com os profissionais, que os ajudem em seus tratamentos, para dialogar e refletir sobre seus desejos e suas posições subjetivas.

5.2 O discurso dos profissionais da saúde e a escuta do psicanalista

A equipe de saúde que presta atendimento e compõe a rede que sustenta o tratamento dos jovens com HIV é composta por profissionais de diversas especialidades, como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais etc. Muitas vezes, a equipe entra em contato, presencia e participa dos sofrimentos, dores, tristezas e angústias desses jovens, inclusive àqueles relacionados ao viver com HIV nos relacionamentos afetivos.

O trabalho desses profissionais de saúde, no sentido de auxiliar os jovens que vivem com HIV a decidirem quando, como e para quem comunicar sua sorologia, tem se mostrado um pouco contraditório. Isso porque a ideia de ajudar os jovens a decidirem, muitas vezes, acaba sendo soterrada por uma preocupação intensa do

profissional com a prevenção e não continuidade da cadeia de transmissão do HIV. Essa preocupação prevê a divisão entre *bem* – a não transmissão do vírus a outra pessoa – e *mal* – a contaminação do outro.

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

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

Nesse sentido, podemos salientar a ideia de Silva e Ayres (2009) de que a partir do momento em que os profissionais de saúde tomam conhecimento de que o paciente não revelou sua condição sorológica para o HIV aos parceiros afetivos, eles têm como forma de intervenção, aconselhar os pacientes a fazê-lo e raramente deixam de insistir a todos, contando com várias estratégias, sobre a necessidade de que o parceiro seja informado da situação.

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

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

Em relação às intervenções, na área da saúde, Simbayi (2007) menciona que elas têm importância para reduzir o estigma e a discriminação da aids e para ajudar as

peessoas portadoras do HIV a fazer decisões eficazes, relacionadas ao momento da revelação do diagnóstico aos seus parceiros sexuais. Essas intervenções têm alcance direto na diminuição dos riscos de transmissão do vírus, sendo ótima ferramenta para a prevenção.

Uma intervenção possível do psicólogo, neste contexto, seria facilitar o diálogo entre profissionais e pacientes, acerca da comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros. Isso seria relevante no sentido de superar a ideia de que o interesse da saúde pública e o interesse pessoal do paciente são antagônicos.

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

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

O ambiente da assistência ao adolescente precisa ser acolhedor, criando oportunidades para o jovem e sua família exporem seus medos, receios e opiniões junto à equipe de saúde, sustenta Barreto (2011). A atuação desta equipe deve ter como finalidade o fornecimento de segurança, respeito, apoio e da preservação dos vínculos familiares e afetivos dos jovens. Para que isso seja viável, é essencial que a equipe conheça às significações de como é viver com HIV/aids, construídas pelos jovens e seus familiares.

Cabe, a partir das pesquisas e saberes aqui apresentados, sobre o papel e o discurso do profissional de saúde frente à revelação do diagnóstico de HIV para o parceiro afetivo entre os jovens, refletir acerca de como o psicólogo ou psicanalista escuta essa situação e de como ele se posiciona eticamente, em sua clínica, frente ao

sujeito com essas angústias.

Segundo Dunker (2013) “Clinicar é tomar decisões, logo riscos. Clinicar requer um pensamento e uma escuta implicada, logo desejo. Finalmente clinicar implica “saber fazer”, logo saber”. Uma possível descrição da clínica psicanalítica é a de Brunhari e Moretto (2013), que a colocam como um dispositivo que, através de uma escuta diferenciada, se ocupa de extrair o que permanece em estado de grande desordem. Os autores destacam que a clínica psicanalítica aposta na palavra como soberana, palavra de um sujeito comprometido em seu sofrimento. Aqui aparece uma ponte com a concepção freudiana de cura pela palavra.

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

O modo como o sujeito é convocado a ocupar esse lugar tem suas ressonâncias éticas, se pensarmos que a ética vai além daquilo que institui as obrigações dos indivíduos para com a coletividade e promove as ligações necessárias para soldar o laço social. Pois o sujeito em análise é convocado, desde o início, não a falar sobre seu desejo – isso, ele não é capaz de fazer – mas a tentar falar sem coerção alguma, de modo a aproximar-se do desejo pelos efeitos de sua fala. (p.107)

Considerando essa colocação de Kehl, vale ressaltar que na clínica psicanalítica está implicada uma ética, a ética a partir do ponto de vista da psicanálise. A autora afirma que a partir da experiência clínica estabeleceu-se uma ligação necessária entre psicanálise e ética, porque a psicanálise tenta compreender o homem diante do drama da liberdade e da alienação ao inconsciente, que é tratado como um estranho de que o homem não pode se descomprometer. O sujeito que passa por uma análise se torna mais responsável pelo desejo que o habita e também tende a cuidar das pessoas que lhe são mais próximas, tentando impedir que elas se tornem objetos das projeções daquele que

não quer enfrentar as condições de seu próprio conflito.

Sobre a relação da psicanálise com a ética, Kehl (2002) explica que a psicanálise não surgiu como proposta de uma nova ética para o mundo moderno. No entanto, a mencionada virada freudiana, com o advento do inconsciente, fez com que alguns princípios sobre as relações do homem com o *Bem* ficassem abalados, apontando uma exigência em se repensar os fundamentos éticos do laço social, levando em conta a descoberta das determinações inconscientes da ação humana.

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

É através da palavra que as representações inconscientes podem se tornar conscientes e é ela que faz com que o sujeito se responsabilize pelo que diz, esclarece Kehl (2002). A responsabilidade de um sujeito em análise é inscrever no campo do Outro¹² uma palavra que o represente e que só se autoriza pelo fato de estar endereçada a alguém, sem garantir que tenha um sentido aceito pelo Outro, a não ser pelo detalhe de que o analista o escuta.

A autora aponta que o estatuto de múltiplos sentidos de uma palavra possibilita que o analista faça-a deslizar do sentido manifesto da fala, para diversos sentidos não antes pensados, produzindo a dúvida no sujeito, onde antes havia certeza neurótica. Nesse ponto, surge uma interrogação do sujeito a respeito de si e de tudo que pensava

¹² Antonio Quinet escreve detalhadamente em seu livro “Os outros em Lacan” (2012), o que é o Outro para a psicanálise lacaniana. Ele explica que o Outro em Lacan se escreve com a inicial maiúscula e se lê “grande outro”, sem que seja necessário que o adjetivo grande seja sempre escrito em antecedência a outro. Essa escrita faz com que ele seja distinguido do (pequeno) outro, o meu semelhante. O Outro é um lugar enquanto discurso do inconsciente, de onde vem as determinações simbólicas da história do sujeito, é um arquivo de ditos importantes provindos de todos os outros que foram relevantes para o sujeito. Outro é o local onde se determina a questão da existência do sujeito, pois sua própria expressão de sujeito depende do que se desenrola no Outro. O autor ainda pontua que a letra A, que aparece nos matemas lacanianos, indica o Outro e vem do termo *Autre*, em francês.

saber, a partir da criação de novas significações que flexibilizam a rigidez do sentido. É nítido aqui também, que o psicanalista interfere como perguntador e não como explicador, demonstrando a fragilidade existente nas certezas estabelecidas e convidando os sujeitos a suportarem a angústia de se indagar. Kehl afirma que “A psicanálise é, antes de mais nada, uma prática da dúvida em contraposição às certezas totalitárias que regem a vida imaginária”.

Sobre o pedido voltado à teoria, à prática e à clínica psicanalítica, Kehl (2001) menciona que, em alguns casos, o que se pede é a justificativa para o mal da ação humana. Ela relembra que Freud chamou atenção para o “terreno pantanoso” sobre o qual se edificam os grandes ideais morais da humanidade e afirma ainda que para Freud, do ponto de vista do inconsciente, deveríamos ser um pouco mais tolerantes com as nossas falhas e com as alheias.

Ainda conforme Kehl (2001), sobre o pedido mencionado acima, pode acontecer uma solicitação do psicanalista por conta de um mal entendido: a suposição de que exista no inconsciente, uma coincidência entre o *ser* e o *bem*, pensando a cura, a saúde mental, como a produção de boas pessoas, em paz com sua vida interior, sem conflito. Esse mal entendido estaria sustentado pela ideia de que todo mal viria da repressão e da pressão social, pervertendo o indivíduo naturalmente bom. A autora assegura que este é um pressuposto clássico aristotélico: a persistência de uma coincidência necessária entre o *bem supremo* e a verdade do sujeito. Segundo ela, a psicanálise não se propõe a produzir uma concepção de ser humano que visa a adequação à harmonia aristotélica do mundo.

De acordo com a autora, “o bem em uma análise não está onde um leigo imagina que esteja. O bem consiste justamente em suportar a dor e a ira do analisando para conduzi-lo a se deparar com o vazio que há no lugar do ser” (p.151). Ela enfatiza que o analista deve se abster de criar fantasias sobre o que é melhor para a vida do paciente, pois a cura em psicanálise não implica uma adaptação do paciente ao que a sociedade considera o bem.

Prolongando seu pensamento sobre a verdade do sujeito, o bem e a psicanálise, Kehl (2001) acrescenta que ainda que exista alguma coincidência entre a verdade do sujeito e o desejo inconsciente, objeto de estudo da psicanálise, não se pode dizer que esse desejo seja ético, muito menos antiético, ele se mantém indiferente às razões éticas.

E ela prossegue dizendo que a psicanálise sustenta que “o compromisso do sujeito com seu desejo, a aceitação da falta e do conflito como constitutivos da nossa condição, podem ter consequências éticas, como a responsabilidade” (p.31).

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

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

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

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

Em relação a esse ponto de vista de Dunker (2011), Moretto (2013) e a todas as colocações feitas sobre a ética psicanalítica, podemos voltar à questão da escuta do psicanalista sobre a revelação do diagnóstico de HIV. Fica claro que o objetivo de uma análise não é insistir que o paciente revele seu diagnóstico ao parceiro amoroso, diferente do discurso de alguns profissionais da saúde, que insistem no compromisso

do paciente com a prática do *bem* – investir na prevenção e não transmissão do HIV. Mas, ao mesmo tempo, não estamos atestando que o paciente não deve fazê-lo e não deve se importar com suas atitudes preventivas e responsabilidades para com o outro.

Acreditamos que a revelação ou não-revelação é um caminho construído, que faz conexão com o que Kehl (2001) expõe, ao dizer que a direção de um tratamento psicanalítico propõe que o paciente pare de “indagar a um Outro sobre quem ele é, ou sobre o que ele deve fazer da vida e tornar-se autor de seu próprio destino” (p.153). Nesse caminho o sujeito vai se tornando mais inventivo, apto a improvisar caminhos e soluções, já que passa a encarar a condição de seu desamparo fundamental.

É essencial destacarmos, no contexto desta pesquisa, pensando sobre a ética e a clínica psicanalítica, que “a aceitação do outro em sua semelhança na diferença é condição essencial para se construir alguma proposta ética para os tempos atuais” (Kehl 2001, p.192).

5.3 Ilustrações da clínica psicanalítica com jovens vivendo com HIV/aids

É precisamente na clínica psicanalítica com estes pacientes adolescentes e jovens adultos vivendo com HIV/aids por transmissão vertical, que se torna claramente possível perceber a importância de um estudo aprofundado, articulando os assuntos aqui mencionados.

Cada paciente, a seu modo, relatava a construção de uma estratégia diferente para se proteger das consequências imaginárias da revelação do diagnóstico, o que indicava, desde o início, que a decisão de revelar e o possível sofrimento psíquico referente a ela, devem estar relacionados com a posição subjetiva de cada indivíduo.

A partir do que se escuta desses pacientes na clínica psicanalítica, emergem as perguntas: o que se revela por meio da revelação de um diagnóstico que traz em si a marca da herança – transmissão vertical - de um vírus, carregado de significações sociais tão pesadas e negativas? Como intervir junto a estes pacientes, e como favorecer a construção de novas alternativas para enfrentar o processo da revelação do diagnóstico?

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

Além disso, a escuta clínica nos permite também construir a hipótese de que a revelação ao parceiro afetivo-sexual é influenciada pela forma que o jovem teve a notícia de seu diagnóstico, ou seja, de sua herança do HIV, transmitida por sua mãe e como ele se “apropriou” deste diagnóstico.

Neste subcapítulo serão apresentadas algumas vinhetas clínicas, que abarcam situações cotidianas articuladas com a temática da revelação do diagnóstico de HIV, vivenciadas por pacientes com HIV por transmissão vertical.

5.3.1. C. – 21 anos

A Equipe de Psicologia do SEAP ficou responsável por realizar uma avaliação psicológica em pacientes que se candidatavam a realizar procedimentos cirúrgicos, reparadores da lipodistrofia (alteração da gordura corporal em pessoas que têm HIV). Um dos instrumentos utilizados nessa avaliação era um questionário chamado WHOQOL HIV – Bref, que visava conhecer a qualidade de vida em pacientes com HIV. Durante a aplicação do questionário era realizada uma pergunta aos pacientes, a respeito da qualidade da vida sexual. C., 21 anos, sexo feminino, neste momento, me contou que não tinha vida sexual. Questionei-a de como era isso para ela. Então, a paciente relatou que, para ela ter relações sexuais com alguém, iria precisar contar sobre o HIV para a pessoa e isso seria muito difícil de fazer, pois imaginava que a pessoa provavelmente não aceitaria ficar com ela e iria embora.

5.3.2. E. – 19 anos

A paciente chegou para atendimento psicológico extra no SEAP, pois tinha sido mantida refém pelo namorado durante 4 dias e sua família acreditava que ela estava abalada emocionalmente. Durante o atendimento, E. relatou que além de ficar presa dentro da casa, foi obrigada a manter relações sexuais com o namorado. Ela disse que não foi estupro, mas ela ficou com medo do que ele podia fazer, se ela se negasse a ter relações com ele. Perguntei se seu namorado sabia do HIV. Ela disse que não. Nunca tinha tido coragem de contar a ele, pois sempre teve medo da reação que ele teria. Tinha medo que ele fosse violento com ela. Não usava preservativo com ele, pois acreditava que se ela pedisse isso, ele pensaria que ela tinha alguma doença.

5.3.3. R. – 20 anos

A Equipe de Saúde Mental do SEAP realizava um grupo de acolhimento para os jovens com HIV por transmissão vertical, que faziam seu tratamento no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, e seriam transferidos para se tratar em um ambulatório de adultos, o SEAP. Durante esse grupo, R. perguntou se no novo ambulatório era realizado teste para HIV. Respondemos que sim. Ele disse que tinha uma namorada já há dois anos e que logo no início do namoro ele contou pra ela sobre o HIV, pois assim, se ela não aceitasse, “a fila anda” e ele não se envolveria à toa. Ela aceitou seu diagnóstico e continuou com ele. Desde então, ele a leva para fazer o teste de HIV todo ano.

5.3.4. M. – 19 anos

O paciente chegou transferido do Instituto da Criança do HCFMUSP para a primeira consulta com a médica infectologista e, por conta da redefinição do fluxo de transição dos ambulatórios, deve passar no mesmo dia em triagem psicológica. Neste atendimento, M. contou que lida muito bem com o HIV, embora tenha parado de tomar o “coquetel” há três meses, por achar que está cansado de viver. Quando criança sabia que estava doente, que tinha o HIV, mas não sabia o que significava a doença que possuía. Com 14 anos de idade, sua mãe contou “oficialmente” que ele tinha aids. E foi aí que ele entendeu de fato sua doença e porque tinha passado a sua infância em médicos. Ele relatou que nunca contou seu diagnóstico em nenhum relacionamento afetivo que teve, pois acredita que as pessoas não entenderiam. A única situação que ele vê necessidade em revelar seu diagnóstico é se for casar um dia.

5.3.5. R. – 19 anos

O paciente estava em acompanhamento psicológico no ambulatório que tratava da aids. Ele tinha uma namorada há algum tempo e contou que pouco transavam, pois ele não gostava. Preferia dormir junto, abraçados. Porém, sabia que o sexo fazia parte do relacionamento e se obrigava a transar, pela namorada. Uma vez disse para a psicóloga que tinha medo de contar seu diagnóstico para a namorada, pois tinha certeza que ela iria deixá-lo. Essa questão aparecia raramente nos atendimentos e a psicóloga sentia que não era algo que mobilizava o paciente emocionalmente. Um dia, R. chegou para sua sessão acompanhado da namorada e pediu para a psicóloga o ajudar em uma situação bem específica. Contou que na semana anterior estava na cama com a namorada, tinham acabado de transar, e teve uma intuição de que poderia passar o HIV para ela. Então, ele disse a ela que precisava lhe contar algo. Levantou, foi até uma gaveta e pegou um exame que indicava que ele tinha HIV. A menina disse não entender bem e perguntou se era aquilo mesmo que estava escrito. R. confirmou, disse que fazia tratamento para a aids e ofereceu a ela que fossem juntos conversar com a psicóloga que o estava atendendo, e ela também poderia realizar o teste rápido para HIV. E ali

estavam os dois. A psicóloga atendeu o casal, explicou um pouco sobre a doença para a namorada e escutou as expectativas de ambos. Em determinado momento, a menina disse “eu sabia bem o que estava escrito naquele papel. Eu estava entendendo tudo. Só não queria acreditar que ele estava me contando algo tão importante daquele jeito.” Além disso, a namorada decidiu fazer o teste, relatou que estava com medo, mas que qualquer que fosse o resultado ela e R. iriam lidar com a situação, pois se gostavam muito e estariam juntos para enfrentar o que precisasse. A namorada não o deixou e, a partir desse momento, passou a acompanhá-lo em seu tratamento.

5.3.6. C. – 18 anos

Em consulta com seu novo médico infectologista, C. contou que está sem tomar a medicação antirretroviral há 3 anos, pois não consegue engolir os comprimidos, eles “voltam”. Relata que quando tinha 15 anos, revelou ser portadora do HIV ao seu namorado e ele saiu correndo, literalmente. Desde então, ela não consegue mais tomar a medicação, mesmo sabendo a importância que esta tem para a sua saúde. O médico aponta para C. que parece que o que está sendo difícil de digerir é o seu diagnóstico de HIV e isso faz com que os comprimidos também não sejam digeridos. Foi também neste momento de sua vida, aos 15 anos, que C. decidiu nunca mais contar, para pessoa alguma, sobre seu diagnóstico de aids. Ela acredita que todas as pessoas fugirão dela quando souberem. Depois de alguns meses em tratamento com o novo médico, C. precisou ser internada para tratar de um citomegalovírus no esôfago. Durante a sua hospitalização, foi realizada uma entrevista com a assistente social do andar da enfermaria. Nesta, a assistente social soube que C. namorava há pouco mais de dois anos e que seu namorado não sabia de seu diagnóstico de HIV. Foi, então, nesse momento, que a assistente social propôs uma reunião com a equipe médica do andar e, a partir da discussão do caso de C. com a equipe, ficou decidido que a assistente social convocaria o namorado de C. para que ela contasse a ele seu diagnóstico de HIV. Ao ter essa notícia, C. teve em uma crise de angústia, chorava e brigava com a equipe do andar de internação, enfatizando que não contaria nada, a ninguém. A mãe de C. teve a ideia de relatar a situação para o médico infectologista que realizava o tratamento da filha no ambulatório, como um pedido de socorro, para que ele interviesse na situação.

De fato, o médico conseguiu, em uma discussão acalorada com a equipe multidisciplinar da unidade de internação, reverter a imposição da assistente social e C. não precisou ser obrigada a se revelar a alguém que ela não queria.

6. CONTRIBUIÇÕES DE CONCEITOS PSICANALÍTICOS NA COMPREENSÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS ENVOLVIDOS NA EXPERIÊNCIA DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

A partir das hipóteses provindas da clínica psicanalítica, oriundas da narrativa de pacientes adolescentes e jovens adultos vivendo com HIV/aids por transmissão vertical a respeito da experiência de revelação do diagnóstico para parceiros afetivo-sexuais, elegemos alguns conceitos psicanalíticos como bússola na tentativa de compreender os processos psíquicos envolvidos nessa experiência.

Os conceitos psicanalíticos escolhidos para facilitar a articulação teórico-clínica e para a sustentação das hipóteses clínicas foram: tabu, transmissão, identificação, fantasia e angústia, na perspectiva freud-lacaniana.

Com base na escolha dos conceitos, partimos para a definição dos mesmos na literatura psicanalítica, articulando-os com algumas reflexões sobre as vivências dos jovens relacionadas à problemática pesquisada, extraídas dos atendimentos clínicos dos pacientes nesta condição.

6.1. Os conceitos *Tabu* e *Transmissão*

"Aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu"

Goethe, *Fausto*.

Levando em conta o cenário da transmissão vertical do HIV aqui apresentado, percebe-se que ele traz algumas especificidades, como por exemplo, a chegada da epidemia da aids entre as crianças, que supostamente morreriam na infância, mas puderam atingir a adolescência. A infecção pelo HIV nas crianças provocou implicações diretas no psiquismo da mãe, do pai, dos familiares e, conseqüentemente, no delas próprias, podendo representar um drama familiar.

Tal drama poderia ser representado tanto pelas significações psíquicas da aids para os pais e familiares, quanto pela presença da morte, já que, muitas vezes, a aids nos pais não era descoberta a tempo de ser tratada, causando o óbito desses, e deixando as crianças órfãs. Inúmeras crianças passaram por essa situação no início da epidemia e foram cuidadas por parentes, amigos, ou levadas a abrigos e outras instituições que ofereciam cuidados.

Quando a mãe consegue descobrir a aids a tempo de tratá-la, sobrevive às dificuldades da doença e passa a ter que lidar com inúmeras consequências e desafios em sua vida. Em muitos casos, é possível perceber uma intensa angústia e o sentimento de culpa da mãe em relação à transmissão do HIV à criança. Isso porque ele ainda carrega representações sociais negativas, atreladas à morte, a vivência promíscua e “errada” da sexualidade, aos valores das relações de gênero, da moral, dos direitos humanos, que o colocam em um lugar de tabu.

Segundo Parker (1994), a construção histórico-social da aids como uma doença associada à morte, sexualidade e contaminação, doença de homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, contribuiu para criminalizar os portadores de HIV, dividindo as pessoas entre vítimas e culpados, despertando preconceitos e estigmas.

A partir dessa ideia de vítimas X culpados, Barreto (2011) relata que os culpados eram as pessoas que “procuraram” o vírus e acabaram sendo contaminados, e neste grupo estavam incluídos os homossexuais masculinos, os usuários de droga e as prostitutas. As vítimas da aids seriam aquelas pessoas que acidentalmente adquiriram a doença, como os hemotransfundidos, aqueles que foram contaminados por seus cônjuges e as crianças infectadas por transmissão vertical. Percebemos que esse lugar imaginário de vítima pouco aparece no discurso dos jovens com HIV por transmissão vertical.

Depois da notícia da infecção pelo HIV, a pessoa fica reduzida à aids, sem ser considerada mais como um indivíduo integral, afirma Cruz (2007). O termo “aidético” se inclui nesse cenário, mostrando como a linguagem utilizada para denominar pessoas vivendo com HIV, restringe a pessoa à sua condição de portadora da aids e ao lugar daquele terrível, “fonte de todo mal”.

Para realizar uma discussão, na qual se possa sustentar o lugar social de tabu atribuído ao HIV e a aids, será utilizado o texto de Freud “Totem e Tabu”, de 1913. O significado de tabu pode ser visto em duas direções antagônicas e exprime-se em restrições e proibições. Por um lado, pode significar “santo, consagrado” e por outro “inquietante, perigoso, proibido e impuro”.

As proibições do tabu não apresentam qualquer fundamentação, têm origem desconhecida e são diferentes das proibições morais ou religiosas. Aqui cabe fazer uma articulação do HIV e da aids com a direção do tabu que abarca as características perigoso, proibido, impuro, e, como exposto acima, “fonte de todo mal”.

No texto, Freud apresenta a ideia de que pessoas ou coisas vistas como tabu, podem ser comparadas a objetos repletos de eletricidade, transmissível por contato, podendo ser liberada com efeito destrutivo. A transmissibilidade de um tabu é uma característica que faz com que se procure extingui-lo, pelo pavor do contágio. O HIV, muitas vezes, é compreendido como essa força perigosa, inquietante, que pode ser transmitida por contágio, tendo como possível efeito destrutivo o adoecimento e a morte.

O caráter do tabu, que tem homens por objeto, limita-se às condições que implicam uma situação de vida excepcional para o alvo do tabu, e, nesse sentido, doentes e mortos são incluídos como tabu e provocam medo e temor.

As proibições frente um tabu como aquela que impede o toque e a que interdita a fala, aparecem também relacionadas ao HIV e a aids, por exemplo, quando se percebe o isolamento social de pessoas vivendo com HIV, pois muitos sentem que o outro tem medo de tocá-las e ser contaminado, ou quando existe a manutenção do segredo sobre o HIV, sustentando-o como algo indizível, proibido de se revelar, o não dito de uma história e uma identidade restrita. Portanto, transmitir esse vírus é como transmitir um tabu, carregado de significações relacionadas ao proibido.

Outro tema que aparece no texto de Freud (1913) é o da transmissão entre as gerações, que está articulado com a herança do tabu, do crime e da culpa, os quais sobrevivem de geração a geração, pela repetição da lei, da moral e dos costumes.

No que diz respeito à concepção de “transmissão”: “Transmitir é fazer passar um objeto, pensamento, história ou afetos de uma pessoa para outra, de um grupo para outro, de uma geração para outra” (Hartmann & Schestatsky, 2011, p. 98). Segundo os autores, para efetuar a transmissão é necessário haver uma certa distância e um laço entre aquele que transmite e aquele que recebe.

O forte pertencimento de um indivíduo ao seu grupo faz com que lhe seja transmitido, e ele receba inconscientemente, aquilo do qual é herdeiro por imposição e que proporcionará seu desenvolvimento psíquico. Através da nomeação do mundo, da transmissão de significantes e propagação da lei, a figura materna possibilita a construção do arcabouço cultural da criança, assim como de suas significações, baseado naquilo que anteriormente foi transmitido a ela. Aqui aparece a importância do papel do outro na formação do psiquismo de um sujeito e, nesse sentido, pode-se dizer de uma continuidade psíquica nas gerações, o que pode ser visto já em Freud.

Para Hartmann & Schestatsky (2011), existe uma necessidade da continuação evolutiva de uma geração a outra, o que permite a cada indivíduo não vir ao mundo do zero, mas sim ocupando um lugar de herança, dado pela sua geração anterior, para a perpetuação da espécie. A transmissão imposta a cada um faz da criança o elo de uma cadeia geracional e a destina um lugar oferecido pelo grupo que a acolhe. Herdeira daquilo que foi revelado e daquilo que foi silenciado por sua família, a criança pode construir sua própria subjetividade, conseguindo existir como sujeito do inconsciente e sujeito do grupo.

Nesse sentido, podemos pensar que, quando se fala de transmissão do HIV, não está em jogo apenas a transmissão de um vírus para a criança, mas também de todas as representações psíquicas envolvidas no diagnóstico, ou seja, existe a herança de um tabu, transmitida de uma geração para outra.

Os autores ainda sustentam que a transmissão nunca é passiva, ou seja, existe a possibilidade de apropriação e reconstrução de uma história. O que é transmitido por uma geração será recebido por outra através das identificações ou resistências, fazendo com que o conteúdo transmitido possa sofrer alterações. Certos elementos podem ser impostos aos descendentes, mas eles terão sempre que adquiri-los, para os fazerem próprios e repletos de significação.

Já dizia Freud em seu texto *Totem e Tabu* (1913) sobre a ideia de resgatar no pai algo que possibilite fazer uma releitura de si próprio, para construir um legado próprio. Existe um processo de transmissão de qualidades, a assimilação e a apropriação.

Para uma melhor compreensão de como é possível um indivíduo ser tocado e atingido pela história do outro, é essencial um aprofundamento no conceito psicanalítico de identificação, construído por Freud e desenvolvido por outros diversos autores. Isso porque tal mecanismo, nas suas mais variadas formas, exerce o estatuto de base ou fundação das transmissões psíquicas.

6.2. Sobre a *Identificação*

Pois de tudo fica um pouco.
Fica um pouco de teu queixo
no queixo de tua filha.
De teu ápero silêncio,
um pouco ficou, um pouco
nos muros zangados,
nas folhas, mudas que sobem.

Carlos Drummond de Andrade¹³

Kaufmann (1996) interpreta o conceito de identificação – *identifizierung*, em alemão – como uma das categorias mais fundamentais da teoria e metapsicologia freudianas. Ele firma que tal conceito só pode ser abordado em relação aos termos: incorporação, introjeção, investimento e posição. Define as identificações como uma lenta hesitação entre o “eu” e o “outro”, ao passo que a identidade seria encontrar um “eu” que, ilusoriamente, não teria nenhuma relação de objeto.

O autor informa que existem diferentes aspectos do mecanismo de identificação, que foram sendo apresentados por Freud, no decorrer da construção de sua metapsicologia. Um primeiro, que teve sustentação nos “Estudos sobre histeria” (1895), corresponde a oportunidade e aptidão para tomar o lugar do outro e fala de uma

¹³ De Andrade, C.D. Resíduo. In: Poesia Completa e Prosa em um volume. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar, 1973.

identificação na qual é possível ocupar lugares e posições psíquicas diferentes.

Outro aspecto da identificação que aparece em Freud, mais precisamente nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), e tem especial relevância para a presente pesquisa, é, a possibilidade de incorporação de fragmentos do mundo externo, para transformá-los em si mesmo, através da comunicação entre o exterior e o interior do corpo. O autor afirma que a partir das mensagens da mãe dirigidas ao filho, existe a preparação dos diferentes níveis de identidade.

O primeiro nível diz da identidade do si mesmo, primeiro momento de individuação e de separação, em que se faz necessário uma psique para o corpo da mãe e outra para o corpo da criança; separação que se opera por um processo de introjeção, já que se integram à criança o zelo e o seio materno, enquanto funções, parte das mensagens que a formam e informam.

Seguida a esse nível de identidade, aparece a identidade pensante, que sustenta o pensamento como permanente representação e como atividade de investimento da realidade, de modo que ela possa ser introjetada. Neste momento, também há o investimento no corpo, para elaborar uma imagem corporal, marcada pela diferenciação entre o interior e o exterior.

Um terceiro aspecto está relacionado às “teorias sexuais das crianças”, expostas no texto de Freud de 1908, quando ele descreve a elaboração progressiva da imagem do corpo. A teoria sexual que mais tem importância para o processo de identificação é a que mostra a tentativa de circunscrever as funções do corpo e de poder habitá-lo. Daqui, se desenvolve a ideia de que a única representação bipartidária acessível ao inconsciente é o ativo e o passivo, que fará surgir as categorias do masculino e feminino.

Um quarto aspecto da teoria da identificação é mostrado no texto de Freud, de 1921, “Psicologia das massas e análise do eu”. Neste, Freud afirma “A psicanálise conhece a identificação como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa. Ela desempenha um determinado papel na pré-história do complexo de Édipo” (pag. 60).

Nesta época da vida, o menino toma seu pai como ideal, o toma como modelo, e objetiva crescer, ser como este pai e tomar o lugar dele em todas as situações. Ao mesmo tempo, começa a ter lugar um investimento objetal direto na mãe. Quando esses

dois mecanismos passam a não mais coexistir tranquilamente, dá-se a entrada no complexo de Édipo, no qual o menino percebe o pai como obstáculo entre ele e a mãe, transformando sua identificação em relação ao pai em algo da ordem da hostilidade. Assim, percebemos que a identificação, desde o início, é ambivalente, podendo tanto apresentar-se como expressão de ternura, quanto como desejo de eliminação.

Freud (1921) demonstra que existe uma diferença significativa entre o menino identificar-se ao pai e o menino escolher o pai como objeto. No primeiro caso, o pai ocupa o lugar daquilo que o menino gostaria de ser; e fica nítido que a identificação tem a finalidade de construir o “eu” à semelhança daquele que foi tomado como modelo. No segundo caso, o pai ocupa o lugar daquilo que o menino gostaria de ter.

Correspondente a isso, Rassial (1999) afirma que, na adolescência, existe uma repetição dos processos de identificação da infância e nota-se seus efeitos suspensos até então. Para esclarecer a diferença entre os processos de identificação da infância e os da adolescência, o autor demarca a necessidade de tratar da questão da relação entre o “ser” e o “ter”.

Na infância, o sujeito se coloca frente os objetos pulsionais que lhe são oferecidos, exceto ao ocupar o lugar de ser, ele mesmo, sintoma para Outro. A primeira identificação sexual, fruto do Édipo, faz com que o sujeito esteja do lado de *ser* homem, ou *ser* mulher. Já na adolescência, o sujeito se apropria do sintoma como sintoma sexual e estabelece os outros, não só os pais como acontece na infância, como possíveis objetos de desejo, guiado pela genitalidade, objetos que os sujeitos gostariam de *ter*. O autor ainda explica que os pais continuam sendo representantes do “mundo dos adultos”, mas são recolocados em cena quanto ao seu estatuto.

Para Freud (1921) trata-se de um contexto mais complicado a identificação numa formação neurótica de sintomas. A identificação quanto ao sintoma pode se suceder por três caminhos:

- 1) Ou é a identificação é a mesma do complexo de Édipo, o que significa que a criança quer substituir um dos genitores e o sintoma expressa o amor objetal ao outro genitor, realizando a substituição com a influência da consciência da culpa;
- 2) Ou o sintoma é o mesmo da pessoa amada e pode-se dizer que “a

identificação tomou o lugar da escolha de objeto, e a escolha de objeto regrediu à identificação” (pag. 63). Quanto a isso, o autor diz que a identificação é a mais antiga e original forma de ligação afetiva e acontece, com frequência, que o Eu adote características do objeto;

- 3) Ou a identificação desconsidera a relação objetal com a pessoa copiada. Neste caso, acontece que o mecanismo de identificação age porque o sujeito quer se colocar na mesma situação que outro. Então, através de um deslocamento da identificação ao sintoma, a formação deste se dá, pois há um lugar de coincidência entre os Eus dos sujeitos envolvidos, que precisa permanecer reprimido.

Outra forma de identificação, mencionada por Freud nesse texto, que merece relevância, no mínimo sucinta, é a que se dá através da análise da melancolia. Nessa afecção, existe a perda real ou afetiva do objeto amado e acontece um processo de introjeção de tal objeto no Eu, já que se efetua a identificação com tal objeto, como forma de substituição para o mesmo. O autor afirma que “A sombra do objeto caiu sobre o Eu”. (p.138)

É com o texto “A dissolução do complexo de Édipo” (1924), que Freud finaliza a teoria que construiu sobre o processo de identificação, afirma Kaufmann (1996), pois aí ele reflete sobre a saída do complexo de Édipo que oferece duas posições de satisfação: a ativa e a passiva. No fim do complexo, seu recalçamento surge como um desinvestimento deste, o que permite que os investimentos de objeto sejam abandonados, para surgir a identificação em seu lugar. O autor explica “(...) a criança desinveste das imagens parentais para se identificar com um x que é eu futuro: quando eu crescer, não vou mais tomar o lugar de outro, vou fazer meu próprio lugar”. (p.258)

Vale considerar o que Laplanche e Pontalis (1967) informam sobre a identificação: ela é o “processo psicológico pelo qual o sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo de outro, e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (pag. 295). Os autores ainda sustentam, que, a identificação assumiu um valor central na obra de Freud, e passa a significar uma operação pela qual o indivíduo humano se constitui.

Hartmann & Schestatsky (2011) indicam que para Freud, o vínculo emocional e o desamparo da criança frente aos pais constituem fundamentos primitivos dos processos de identificação, dos quais são feitas as transmissões inconscientes de um sujeito para outro e de geração para geração, formando um pilar do funcionamento intrapsíquico.

A partir dessas considerações sobre o conceito de identificação, pode-se propor algumas articulações com o ponto de vista da transmissão de significantes relacionados ao HIV para a criança ou adolescente com infecção por transmissão vertical, sustentados pela figura materna, paterna ou pelos cuidadores responsáveis por eles, que simbolizam e pronunciam a herança de um tabu.

6.3 Nos caminhos da *Fantasia*

Is this the real life?
Is this just fantasy?
Caught in a landslide
No escape from reality

*Freddie Mercury*¹⁴

Após um aprofundamento teórico no percurso de outros conceitos psicanalíticos, sentimos a necessidade de nos debruçar no conceito de *Fantasia*, para tentarmos compreender teoricamente a posição psíquica dos sujeitos aqui estudados, sobretudo a respeito da revelação do diagnóstico de HIV na parceria afetiva, e também para sustentarmos as hipóteses desta pesquisa. Discorreremos abaixo, mais detalhadamente, a respeito das construções freudianas sobre o conceito de *Fantasia* e acrescentaremos, mais pontualmente, evoluções e inovações propostas por Lacan, que tem grande auxílio na clínica psicanalítica.

¹⁴ Estrofe da música Bohemian Rhapsody da banda Queen – Isso é a vida real? Isso é só fantasia? Pego num desmoronamento Sem escapatória da realidade – Tradução retirada do site <http://letras.mus.br/queen/64295/traducao.html>

Considerações freudianas sobre a fantasia

O discurso sobre a teoria da fantasia estende-se desde os primórdios em Freud com o texto “Estudos sobre a histeria” (1893-1895) até um ponto no qual a fantasia é vista como inconsciente e irreduzível, o que aparece no artigo “Batem numa criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais” de 1919, segundo Toledo (2003). Tal conceito aparece na obra freudiana com diversas significações, abrangendo fantasias conscientes, pré conscientes, inconscientes e devaneios diurnos.

Dunker (2006) nos adverte que o ano de 1897 é conhecido no meio psicanalítico como o momento em que Freud descarta sua teoria do trauma e começa, gradativamente, a edificar sua concepção da gênese da neurose ancorada no papel da fantasia. A partir desse contexto, trauma e fantasia aparecem como uma oposição dialetizada com frequência ao longo da história da psicanálise.

Freud teve contato com as questões relacionadas à fantasia desde o início de sua pesquisa e prática clínica, que sustentaram o nascimento da psicanálise. A escuta de suas pacientes histéricas, ainda no século XIX, possibilitou a construção de sua *teoria da sedução*¹⁵, a qual duvidaria e criticaria poucos anos mais tarde, proferindo, através de uma carta para seu amigo Fliess em 1897, conhecida como carta 69, "Confiar-lhe-ei imediatamente o grande segredo que lentamente comecei a compreender nos últimos meses. Não acredito mais na minha *neurótica* [teoria das neuroses]" (Freud, 1892-99/1950, p. 350)

Nesse momento, Freud passa a desacreditar que a ocorrência da *cena de sedução* – uma experiência infantil que deixa marcas inconscientes, na qual o adulto seduz a criança – seja da ordem da realidade, criando espaço para uma possível influência da fantasia no aparelho psíquico do sujeito. O autor afirma em seu artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, do ano de 1905, que "obviamente a

¹⁵ Teoria na qual Freud mostra sua crença que as crianças eram seduzidas pelos adultos na mais tenra infância e isso funcionaria como uma experiência causa dos sintomas neuróticos, que ganharia caráter traumático posteriormente, quando recordada em análise e sentida de forma desprazerosa.

sedução não é necessária para despertar a vida sexual de uma criança; isso pode acontecer espontaneamente a partir de causas internas".

De acordo com Versiani (2001) os pensamentos de Freud que aparecem no texto "Minha visão sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses" de 1906, apresentam uma diferença entre dois tipos de lembrança do sujeito: uma que tem base na experiência real e outra construída pela imaginação. E Versiani ainda sugere que Freud indica tanto a fantasia, quanto o acontecimento real, como conteúdos trazidos em análise em forma de aparência de uma lembrança infantil. Nesse sentido, Freud sustenta que a recordação ocorrida em análise pode ser tanto de um acontecimento real, como de uma fantasia construída pelo sujeito, como forma de buscar satisfação.

Mais à frente, na mesma carta 69, Freud chega "(...) a descoberta comprovada de que, no inconsciente, não há indicações de realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a imaginação que está catexizada como afeto" (p. 351). Para dar conta disso, Freud fundamenta o conceito de *realidade psíquica*, que é descrito como aquilo que pode ser proveniente tanto da fantasia, quanto dos fatos reais da vida de um sujeito, passando a ser importante o que se apresenta no psiquismo e não a veracidade dos fatos. Portanto, a fronteira entre a realidade interior e a realidade exterior apresenta certa mobilidade psíquica.

Nesse sentido, podemos inferir que a partir desse momento da teoria freudiana, a fantasia ocupa um lugar de maior destaque, podendo ser indicada como a etiologia das neuroses e uma base para a formação dos sintomas. Freud (1917) afirma que "se não se apresentam dotadas de realidade *material*, essas fantasias decerto revelam realidade *psíquica*, e pouco a pouco aprendemos que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva*". (p.489) Ainda nesse sentido, Dunker (2006) argumenta que "é a fantasia que provê a estrutura da realidade tal qual o sujeito a imaginariza e simboliza" (p.20).

Jorge (2010) teoriza que Freud se dedicou intensamente à questão da fantasia entre os anos de 1906 e 1911. Por esse motivo, ele propõe nomear esse período da construção da obra freudiana de ciclo da fantasia, que precede o ciclo do inconsciente e antecede o ciclo da técnica. Em 1905, Freud introduz sua teoria da sexualidade no

artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” e aborda o conceito de pulsão¹⁶ sexual. O ciclo da fantasia aparece logo em seguida de uma articulação proposta entre inconsciente e pulsão¹⁷, a qual é possível somente após a construção do artigo mencionado.

Tal ciclo da fantasia tem início com “Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen”, escrito em 1906, e tem seu término com o texto “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, de 1911, o qual considera um artigo metapsicológico sobre a fantasia.

O autor explica que Freud usa em sua obra o substantivo alemão *Phantasie*, que designa, na língua portuguesa, *Fantasia*, sem abertura para ambiguidade. E ainda defende que Freud concebe a fantasia que é feita conscientemente, como um devaneio diurno, que apresentará a mesma estrutura e função que a fantasia inconsciente, visando satisfazer algum desejo que não fora satisfeito no passado.

Discorreremos aqui sucintamente, alguns pontos que nos interessam para a presente pesquisa, sobre os textos de Freud incluídos no *ciclo da fantasia*, proposto por Jorge (2010). No texto inicial, o ensaio sobre a Gradiva, Freud expõe uma distinção entre fantasia e delírio, o que nos auxilia a compreender melhor a estrutura do aparelho psíquico na neurose e na psicose, e propõe diferenças na condução do tratamento psicanalítico.

Resumidamente, duas características principais do delírio são apresentadas por Freud e comparadas com a estrutura da fantasia. A primeira delas é a não produção de efeitos do delírio direto no corpo, ao contrário das fantasias histéricas que manifestam sintomas conversivos; e a segunda é a relação com a certeza, que ganha foco principal no delírio e conduz as ações do sujeito, afastando-o da realidade. Pode-se concluir que a fantasia é uma realidade psíquica que não impede o acesso a realidade objetiva, o que

¹⁶ Segundo Laplanche & Pontalis (1967) a *pulsão sexual* é uma “pressão interna que para a psicanálise atua num campo muito mais vasto do que o das atividades sexuais no sentido corrente do termo (...) suas modalidades de satisfação são variáveis, mais especialmente ligadas ao funcionamento de zonas corporais determinadas (zonas erógenas) (...) Freud postula a existência de uma energia única nas vicissitudes da pulsão sexual: a libido”. (p.518)

¹⁷ Os mesmos autores detalham o conceito de *pulsão* na teoria psicanalítica: “processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto, ou graças a ele que a pulsão pode atingir seu alvo”. (p. 506)

é oposto no delírio, que impede tal acesso e representa uma crença profunda, sustentada em uma parcela da verdade.

Em “Escritores Criativos e Devaneio” (1908), – o qual é apresentado por Jorge (2010) como “O Poeta e o Fantasiar” – Freud apresenta uma diferença entre a fantasia presente no brincar infantil e a fantasia que nutre a criação literária dos poetas, e mostra que a fantasia, no adulto, é a continuação da atividade da brincadeira infantil. Freud ainda salienta a ideia de que os desejos insatisfeitos são motores para a formação da fantasia, que são protegidas e ocultadas intensamente no mundo adulto.

Neste texto aparece uma relação entre a fantasia e o tempo, e Freud indica que é como se a fantasia flutuasse em três tempos: existe alguma impressão atual que desperta desejos principais do sujeito; há um retorno à lembrança de uma experiência anterior, na qual o desejo foi realizado; cria-se uma previsão futura de realização do desejo. Para Freud, “(...) o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une” (p.153)

Também em 1908, é publicado o artigo “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade” que reforça a ideia do autor de que as fantasias são realizações de desejos profundos, que têm origem em experiências passadas, e mostram crucial ligação com a causa dos sintomas neuróticos: “Quem estudar a histeria, portanto, logo transferirá seu interesse dos sintomas para as fantasias que lhes deram origem” (p. 166).

Freud, nesse texto de 1908, ainda certifica que as fantasias podem ser chamadas de devaneios diurnos, que o sujeito cuida e oculta como bens muito íntimos, que não podem ser compartilhados e revelados. Ele faz uma genealogia das fantasias, demonstrando o lugar de sua formação e a relação com o recalque. As fantasias podem se expressar como conscientes ou inconscientes, sendo estas últimas as que podem funcionar como patogênicas e se manifestar como sintomas histéricos. Certamente, as fantasias inconscientes possuem conexão estreita com a vida sexual do sujeito e são aquelas que serviram para a obtenção de satisfação no período do autoerotismo, na infância.

O autor, além disso, explica a formação do sintoma a partir da fantasia inconsciente, ele diz: “as fantasias inconscientes são precursores psíquicos imediatos de toda uma série de sintomas histéricos” (p. 165). O sintoma vai representar a

insistência na busca da satisfação exigida pela, que era alcançada pela fantasia. Freud afirma que “um determinado sintoma não corresponde a uma única fantasia inconsciente, mas a várias fantasias desse gênero” (p. 166) e que, através do método psicanalítico, pode conduzir ao conhecimento das fantasias ocultas e escancarar a sexualidade dos neuróticos.

Outros dois textos que são considerados parte do ciclo da fantasia são “Sobre as teorias sexuais da criança” (1908) e “Romances Familiares (1909). Neste contexto, Freud trata de fantasias onipresentes no universo infantil e apresenta uma teoria infantil universal, baseada em uma fantasia de ordem sexual, na qual as crianças acreditam que o pênis está presente tanto no sexo feminino, quanto no masculino. Essas construções tão primitivas são tentativas de representação frente aos enigmas do nascimento, da diferença sexual e das figuras materna e paterna.

Finalmente, o artigo final da série que representa o ciclo da fantasia é “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, do ano de 1911. Neste texto, Freud introduz a noção de um novo princípio de atividade psíquica que, em conjunto com o princípio de prazer, será a base principal do aparelho psíquico: o princípio da realidade.

O autor explica que, a princípio com um funcionamento mental mais primitivo, o bebê alucina seu objeto de necessidade, que proporciona prazer ao satisfazê-lo. Porém o fato de que a alucinação não dá conta de satisfazer a necessidade, leva a substituição do princípio de prazer pelo princípio da realidade. Tal substituição não implica um abandono total do princípio de prazer, mas sim um postergar seu, pois a insatisfação momentânea dará lugar a obtenção de prazer, um prazer mais seguro, que virá depois. Essa substituição mencionada trará marcantes consequências.

Freud indica que “com a introdução do princípio da realidade, dissociou-se um tipo de atividade de pensamento que permaneceu livre do teste de realidade e submetida somente ao princípio de prazer. É a atividade da *fantasia*, que tem início já na brincadeira das crianças e que depois, prosseguindo como *devaneio*, deixa de lado a sustentação em objetos reais” (p.114).

Ainda em *Formulações*, Freud afirma que a mais surpreendente característica dos processos inconscientes é que neles a realidade não conta. Por esse motivo, há uma

complicação em distinguir as fantasias inconscientes das lembranças conscientes, já que as primeiras regulam a relação do sujeito com a realidade.

Para Jorge (2010)

A oposição entre a realidade psíquica e a realidade material constitui o fundamento principal aberto pela noção de fantasia na obra de Freud. Ela implica a existência de uma abertura na relação do sujeito com mundo externo que vem a ser preenchida por representações singulares que se repetem insistentemente, de modo a lhe oferecer alguma homeostase psíquica. Tais representações constituem uma verdadeira matriz psíquica que funciona como uma espécie de filtro em relação ao mundo externo.

Para nossa continuação do mergulho na teoria freudiana da fantasia, vale a pena ainda mencionarmos alguns pontos fundamentais que se encontram nos textos “Os Caminhos da Formação dos Sintomas” de 1917 e “Batem numa criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais” de 1919, por mais que não estejam incluídos no ciclo da fantasia determinado por Jorge (2010).

Na conferência introdutória “Os Caminhos da Formação dos Sintomas”, Freud exprime a importância da fantasia na formação dos sintomas neuróticos, que seriam uma nova forma da libido obter satisfação. Ele expõe que o Eu humano, a partir da educação, acaba tendo que renunciar anseios e metas de satisfação, para seguir o princípio de realidade. Quando a libido é frustrada e não encontra satisfação, ela investe, regressivamente, em posições por ela antes abandonadas. No entanto, tais posições não foram completamente abandonadas, aparecendo retidas na fantasia. Portanto, a libido pode deter-se na realização das fantasias para encontrar um caminho de satisfação. O autor indica que “O recuo da libido à fantasia é um estágio intermediário no caminho para a formação do sintoma” (p. 496). E os sintomas, às vezes, seriam representações de vivências reais com influência da fixação da libido, e às vezes, representações da fantasia do sujeito.

Ainda nesse texto, Freud apresenta a ideia de fantasias *primordiais* – ou *originárias* – que são fantasias relacionadas ao coito dos pais, à sedução e à ameaça de castração, elas possuem caráter filogenético e aparecem, invariavelmente, nas análises

dos sujeitos. Freud acreditava que essas fantasias teriam sido realidade nos primórdios da família humana e que as crianças, a partir das lacunas do não saber sobre a origem dos sujeitos e sobre a sexualidade, criam essas fantasias para responder suas perguntas, preenchendo a verdade individual do sujeito com a verdade pré-histórica.

Para finalizarmos as considerações freudianas sobre a teoria da fantasia, apresentaremos pontos de extrema importância que vieram ter lugar no pensamento de Freud com o texto “Batem numa criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais”. Nesse texto, o autor esmiúça considerações sobre uma fantasia específica – de que “batem numa criança – a qual o surpreende por conta da alta frequência que aparece na clínica com pacientes neuróticos, tanto em homens, quanto em mulheres.

De partida, no texto, ele afirma que à tal fantasia se acham ligados sentimentos de prazer e que, durante sua confissão ao analista, surgem o sentimento de culpa e a vergonha. Freud diz que as primeiras fantasias dessa espécie aconteceram precocemente no desenvolvimento infantil, tendo espaço entre o quinto e sexto ano de vida e que a fantasia, “era geralmente investida de elevado prazer e se concluía num ato de prazerosa satisfação autoerótica” (p. 295). Quando ele tentava se aprofundar na investigação clínica do significado das fantasias para seus pacientes, ouvia constantemente a resposta “Não sei nada mais; batem numa criança” (p.296).

Nessa ocasião, Freud realiza uma detalhada análise de alguns de seus casos clínicos femininos, nos quais percebe que fantasia de surra tem um desenvolvimento complexo, apresenta modificação em seus aspectos – como a relação com a pessoa que fantasia, objeto, conteúdo e significação – ao longo do tempo, e pode ser expressada em três construções textuais distintas.

A primeira fase da fantasia de surra nas meninas pertence a um período remoto da infância. Nesta ocasião, a criança que apanha não é a que fantasia e a pessoa que bate, a princípio, não é mostrada claramente, mas pode-se ter certeza que é um adulto. Um pouco mais tarde, há um reconhecimento de que a pessoa que bate é a figura do pai da menina que fantasia. Essa fase é expressada na frase “Meu pai bate na criança que odeio” (p. 302).

Na segunda fase, aparecem várias mudanças em relação a essa primeira. Aquele que bate continua encarnado na figura do pai, mas quem é surrado passa a ser a própria menina que fantasia. A conotação de castigo aparece na frase proferida pela criança: “Sou castigada por meu pai” (p.302) e a fantasia expõe, sem dúvida, um caráter masoquista. Freud afirma que essa segunda fase é a mais importante das três e não possui uma existência real, nunca foi consciente, e é, certamente, uma construção em análise.

A terceira fase tem a aparência da primeira, a pessoa que bate não é encarnada pelo pai, permanece indeterminada ou como um substituto do pai – professor, por exemplo – e a criança que elabora a fantasia não aparece mais nela. Quando questionada sobre essa fase, diz “Estou olhando, provavelmente” (p. 303) e explica que quem está no lugar que apanha são várias crianças diferentes, e com frequência são meninos desconhecidos. Nesse momento, a fantasia é portadora de forte excitação sexual e aparece de forma sádica.

Freud diz que se uma análise for colocada no tempo remoto em que surge a fantasia de surra, perceberemos que a criança está “enredada nas excitações de seu complexo parental” (p. 304) e logo passa a ter o conhecimento de que apanhar, significa uma diminuição do amor dos pais e uma humilhação. Portanto, a ideia de ver seu próprio pai bater em uma criança odiada, é encantadora e traz o significado da fantasia de surra na primeira fase: “Meu Pai não ama esse outro, *ama somente a mim*” (p. 305). Ela satisfaz o ciúme da criança e está apoiada em seus interesses egoístas.

Em um momento do desenvolvimento infantil, os amores incestuosos mantidos em relação aos pais, passam pelo processo de recalque e se tornam inconscientes. Freud clarifica:

O que existe inconscientemente como resultado psíquico dos impulsos de amor incestuosos, não é mais assumido pela consciência na nova fase, e o que deles já se tornou consciente é de novo repellido. Ao mesmo tempo que esse processo de repressão surge uma consciência de culpa, também de origem desconhecida, mas sem dúvida ligada àqueles desejos incestuosos e justificada pela permanência deles no inconsciente”. (p. 307)

A consciência de culpa desenvolvida vê como cruel castigo inverter a fantasia que apareceu na primeira fase – meu pai ama somente a mim – trazendo o sentido “Não, ele não ama você, pois bate em você” (p. 307). Portanto, a essência da fantasia se torna masoquista na segunda fase, é baseada em atitudes edípicas, mas mostra o amor ao pai sujeito à consciência de culpa. Freud ainda afirma que a consciência de culpa é o fator primordial que transforma o sadismo em masoquismo. Ele se preocupa em frisar no texto que essa fantasia da segunda fase, inconsciente e masoquista, precisa ser reconstruída em análise e é incomparavelmente mais importante que as outras.

Na terceira fase, forma final da fantasia, ela volta a possuir uma essência sádica, mas com satisfação masoquista. Freud afirma que sua significação resulta de um deslocamento libidinal da fase recalcada na segunda fase, restando a ênfase na primeira parte da fantasia: meu pai está batendo em outra criança. Essas outras crianças que aparecem indefinidas são substitutos da criança que fantasia.

Sobre o masoquismo, apontado como um aspecto muito relevante da fantasia, Freud traz algumas contribuições. Declara que ele não é uma manifestação de instinto primária, mas sim resultado de uma inversão do sadismo contra a própria pessoa e que apresenta a característica do desprazer. Como já mencionado anteriormente, a consciência de culpa é a responsável pela conversão do sadismo em masoquismo.

Toledo (2003) infere da exposição dedicada de Freud sobre a fantasia “batem numa criança” que, dentre inúmeras consequências psíquicas do complexo de Édipo, uma delas é o mascaramento de uma fantasia inconsciente. A autora afirma que nessa fantasia, o sujeito está colocado em um lugar de submissão a uma das figuras parentais e sempre há um conteúdo de origem sexual relacionado a essa figura. Nesse sentido, por um lado, a fantasia aparenta ser um meio de obtenção de prazer, mas por outro, indica uma falta e escancara o desamparo e a dor.

A autora sustenta que o caráter masoquista da fantasia fundamental se põe a imperar e o princípio do prazer não se mantém vigente. Ela alega que: “a fantasia, em vez de ser pensada como tamponamento, sujeita à interpretação e podendo ser revelada,

aparece carregando em sua estrutura a marca da pulsão de morte¹⁸, do irreduzível, do que resta fora da articulação possível” (p. 29).

Sobre essa relação entre prazer e dor que se sobressai nos apontamentos de Freud, Carreira (2009) nos atenta para o fato de a fantasia portar um paradoxo: “gera prazer, mas é também repugnante. Dito de outro modo: na fantasia o prazer está articulado ao desprazer” (p.160).

À vista disso, Toledo (2003) reconhece que com essa nova proposição de Freud sobre a fantasia em 1919, juntamente com a inovação de 1920¹⁹, existe uma mudança na direção do tratamento psicanalítico na clínica freudiana. É um tempo no qual importa a construção de uma fantasia em análise e a partir dessa construção, o contato com o real.

Além dessa questão clínica, ainda levando em conta esse avanço de Freud, é possível a constatação de que a fantasia possui uma essência masoquista, colocando o sujeito em uma cena de submissão ao desejo Outro, na qual existe um misto de sofrimento e prazer. Esse ponto de vista pode ficar mais claro com as observações feitas por Lacan ao longo de sua obra, sobre o conceito da *Fantasia*.

Considerações lacanianas sobre a fantasia

Complementando o exposto acima, faremos uma exposição sobre pontos inovadores e relevantes que Lacan trouxe à teoria psicanalítica da fantasia. A intenção aqui não é fazer um longo percurso em sua vasta obra, detalhando a construção de tal conceito em sua teoria, mas sim trazer algumas propostas que nos ajudem a compreender as posições subjetivas da população aqui estudada.

Segundo Jorge (2010), Lacan inclui na teoria psicanalítica a noção de *fantasia fundamental* como uma estrutura geral da fantasia, que vai mais além das

¹⁸ Segue uma sucinta e pontual explicação sobre a pulsão de morte para Laplanche & Pontalis (1967): “No quadro da última teoria freudiana das pulsões, designa uma categoria fundamental de pulsões que se contrapõem às pulsões de vida e que tendem para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico” (p. 528)

¹⁹ Exposta no texto “Além do princípio do prazer”, 1920.

heterogeneidades das fantasias subjacentes aos sintomas. Ela seria uma espécie de denominador comum de todas as fantasias subjacentes aos sintomas, que foram evidenciadas em análise. Teria a função de reger o posicionamento do sujeito nas suas relações interpessoais, sustentando aquilo que se repete na forma particular de conduzir a vida. Poderíamos dizer, que ela representa uma marca do sujeito, que diz da sua singularidade.

Toledo (2003) nos apresenta que Lacan, para se aprofundar na estrutura da fantasia fundamental, introduz em seu quinto seminário – Formações do Inconsciente (1957-1958) – o matema²⁰ da lógica da fantasia: $\$ \diamond a$, que se lê *sujeito barrado punção de a*. Nesta fórmula, aparece a relação entre um sujeito e um objeto, de um lado da fórmula temos o *sujeito barrado*, sujeito submetido à ordem simbólica, dividido pelo significante que o constitui, e do outro lado o *objeto a*, objeto causa de desejo, que põe em jogo o registro do Real²¹ e uma falta do lado do Outro. Lacan, no Seminário livro 10 “A angústia” (1962-1963) anuncia essa relação como $\$$ desejo de a.

É importante nos atentarmos para o que Carreira (2009) ressalta em seu texto: “embora Lacan (1966-1967) nos traga um matema que vale para toda e qualquer fantasia na neurose, é claro que a maneira como o sujeito se doa e se furta, o seu clichê estereotípico ou a sua erótica (Freud, 1919/1980), é da ordem do singular, precisando ser reconstruída em análise como já apontava Freud (1919/1980)” (p. 169)

Nesse sentido, a autora ainda aponta que Lacan no Seminário “A lógica do fantasma” (1966-1967) expõe sua proposta de abordagem da fantasia, não sendo por uma vertente imaginária, como a psicanálise estava habituada a ler, mas sim em relação à sua estrutura, isto é, em relação à sua lógica.

A autora desenvolve uma explicação sobre essa lógica da fantasia através de um recorte da teoria lacaniana que diz de duas operações lógicas, as quais causam o nascimento do sujeito, propondo sua constituição de forma antes inédita para a

²⁰ Seganfredo (2007) considera, que é através de seus matemas, que Lacan tenta tornar transmissível o ensino da psicanálise. A transmissão aparece ali como a principal função do matema. Este termo matema, condensa dois registros, diz o autor: o primeiro é o da matemática, e indica o esforço de Lacan por apresentar conceitos psicanalíticos tais como conceitos matemáticos, por relações com entidades abstratas e lógicas; o segundo é o da estrutura, que é apresentada sob a forma de determinado matema elaborado.

²¹ Segundo Jorge (2010) o Real, para Lacan, é para sempre inatingível, impossível de ser simbolizado, e representa aquilo que Freud chamava de realidade objetiva.

psicanálise, e das quais resultam o objeto a: a alienação e a separação. Ela afirma que a lógica da fantasia se configura “como uma escrita que se repete porque é a própria lógica de um sujeito, isto é, a sua invenção para se haver com a castração do Outro sem, no entanto, a ele se entregar ou dele se apartar completamente” (p. 168)

Esse recurso das operações lógicas de alienação e separação, muito trabalhadas por Lacan em seu Seminário “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964), para embasar a construção da fantasia fundamental, também é utilizado por Toledo (2003). A autora sustenta que “o resultado dessa segunda operação [a separação] não apenas encerra o resultado da primeira, mas coloca o sujeito, agora dividido, no tempo da fantasia fundamental: $\$ \diamond a$ ”. (p. 36)

Já o psicanalista Jorge (2010), propõe que a instauração da fantasia fundamental acontece como principal efeito do recalque originário, conceito desenvolvido por Freud. O autor explica: “A fantasia é aquilo que nos é outorgado pelo Outro para que possamos fazer face ao real munidos de alguma realidade psíquica. E a fantasia inconsciente constitui a realidade psíquica na medida em que é o efeito mais imediato da ação do recalque originário” (p.141), que principia a castração simbólica. Ele ainda acrescenta que “se a castração introduz um limite ao gozo, ela instala uma forma particular para cada sujeito deparar-se com o real, ao mesmo tempo em que constitui para cada um uma realidade psíquica que é a fantasia” (p. 241)

O autor faz uma proposta inovadora de concepção da fantasia. Ele afirma que ela pode ser compreendida como uma articulação entre o inconsciente e a pulsão, para usar termos de Freud, ou entre o simbólico e o real, nos termos de Lacan. A fantasia aparece aqui como um recurso para lidar com a constante insatisfação da pulsão, na tentativa de apaziguar sua demanda de satisfação.

Sobre a questão da posição do sujeito nessa fantasia fundamental, depois dela já instaurada enquanto estrutural, Toledo (2003) expõe, que tal posição do sujeito na fantasia é a de submissão a um Outro. “Esse Outro que coloco fora de mim é também meu próprio desejo, por isso me submeto” (p. 44). Ela ainda nos chama a atenção dizendo que “a posição estrutural do sujeito em sua fantasia fundamental, portanto, é de fazer existir um Outro que possui uma liberdade absoluta, uma “horrível liberdade”, em oposição ao próprio Eu do sujeito que se submete” (p.45).

A partir dessa ideia trazida pela autora, podemos retomar a fala célebre de Lacan: o desejo do homem é o desejo do Outro (Lacan, 1962-63, p. 31) O autor ainda assegura, nesse mesmo Seminário da angústia, que “(...) a fantasia, esteio do meu desejo, está inteiramente do lado do Outro” (p. 36), o que corrobora com ideia de que a fantasia apresenta uma posição do sujeito em relação ao desejo do Outro. Porém, ela também introduz um paradoxo, bem descrito por Carreira (2009):

Para tentar se garantir, o sujeito precisa oferecer-se como objeto, atendendo a demanda do Outro e supostamente saldando sua dívida para com ele. Mas, ele também precisa não quitar essa dívida de vez, caso contrário ele desaparece enquanto sujeito, ficando restrito a um prolongamento narcísico do Outro. (...) Freud (1919/1920), como vimos, já sinalizava isso ao afirmar que a fantasia realiza, sem realizar, o desejo. (p.165)

Em continuidade com a ideia exposta sobre a relação do sujeito com seu desejo e a submissão ao Outro, presente na fantasia fundamental, Lacan (1958) no texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, sustenta que:

É, pois, a posição do neurótico em relação ao desejo – digamos, para encurtar, à fantasia – que vem marcar com sua presença a resposta do sujeito à demanda, ou dito de outra maneira, a significação de sua necessidade. Mas essa fantasia nada tem a ver com a significação em que interfere. Essa significação, com efeito, provém do Outro, na medida em que dele depende que a demanda seja atendida. Mas a fantasia só chega a isso por se encontrar na via de retorno de um circuito mais amplo, aquele que, levando a demanda aos limites do ser, faz com que o sujeito se interogue sobre a falta em que ele aparece a si mesmo como desejo. (p. 644)

Ainda nesse sentido, vale a pena ressaltar o que Toledo (2003) bem explica em seu texto: que a fantasia é edificada a partir dos limites da relação com o Outro, ela simboliza uma resposta do sujeito ao enigma insustentável do desejo do Outro, da falta percebida no Outro. Concomitantemente, a fantasia oferece as coordenadas do nosso desejo, ou seja, cria o contexto que nos permite desejar.

Jorge (2010) defende que para Lacan o desejo é sempre sustentado pela fantasia. Uma vez que o desejo é em essência da ordem da falta, a fantasia serve como suporte para essa falta, ao mesmo tempo, que aponta aquilo que falta. Segundo o autor: “Há falta, diz o desejo. É isso que falta, diz a fantasia” (p.240).

Essa dimensão do desejo como base da fantasia aparece nos pensamentos de Carreira (2009) atrelada a construção da fantasia em análise. A autora nos explica que “a reconstrução da fantasia durante uma psicanálise só pode se dar na gramática que predica o sujeito em suas relações com o desejo do Outro, ou seja, enquanto estrutura lógica que subjaz aos ditos do sujeito e aponta para sua posição diante desse desejo” (p. 158).

Com o intuito de aprofundar a questão da função da fantasia, Toledo (2003) inclui a ideia de Lacan que apresenta a função da fantasia como o que permite reconciliar prazer e gozo. Nesse contexto, o gozo corresponde a um excesso e está mais para o lado da pulsão de morte, do que do lado do prazer, e traduz uma busca por satisfação absoluta que se repete com intensidade tremenda. Já o prazer diz de uma tentativa do organismo sustentar uma homeostase – equilíbrio – com o menor nível de tensão possível. A autora continua dizendo que “a fantasia faz o prazer próprio ao desejo como vontade de gozo; permitindo conciliar prazer e gozo” (p.48), conciliação esta já indicada por Freud como a função clássica da fantasia.

A autora nomeia de “gozo prazenteiro” a meta de todo sujeito, mas insiste que o decreto do gozo é ir mais além do prazer. O gozo aparece como rival do prazer. No entanto, é fundamental atentarmos para a importância do prazer, uma vez que na realidade o desejo está atrelado ao prazer. Porém, ele não alcança a satisfação do desejo, esse poder quem detém é o gozo.

Além do exposto acima, é de fundamental importância abordarmos neste cenário, mesmo que sucintamente, a questão da fantasia no decorrer e no final da análise. As experiências singulares dos sujeitos influenciam na construção da fantasia, por mais que ela tenha aspecto estrutural, se tornando assim, a exposição dos distintos modos de satisfação dos desejos de cada um. A fantasia, enquanto estrutural na neurose, aparece mascarada em todo discurso do sujeito na clínica, cabe ao analista encontrar seu sentido oculto e construir, junto do analisando, um enquadre de sua relação com ela. Vale lembrarmos que o papel da fantasia em análise indica para a fantasia

inconsciente, passando da questão das fantasias para a da fantasia, na qual está implicada o sujeito do inconsciente.

Sobre essa questão, Carreira (2009) observa que o sujeito em análise acaba por não relatar sua fantasia não por que não tem vontade, mas sim “porque esbarra em uma impossibilidade advinda da ação do recalque sobre o desejo. Assim, a fantasia não deve ser abordada apenas como um devaneio inconfessável, mas antes como uma reconstrução em análise que cerceia o desejo” (p. 160).

É possível destacarmos na clínica psicanalítica um caráter estático da fantasia fundamental em oposição ao caráter dinâmico do sintoma, nos informa Toledo (2003). Ao longo de uma análise, os sintomas do analisando se modificam e a fantasia fundamental permanece estática. Apenas no final de análise ocorre uma mudança na posição do sujeito frente a sua fantasia. Não se existe uma cura para ela, mas trata-se de investigar o que está por de trás dela, noção essa de *travessia da fantasia*, construída por Lacan.

Nesse sentido, Jorge (2010) explica que o fim da análise consistiria nessa *travessia da fantasia*, “travessia que ocasionaria um remanejamento das defesas e uma modificação da relação do sujeito com o gozo” (p. 244). O autor nos clarifica que a fantasia passa a ser o reduto mais importante de nossas vidas, sendo que nossa relação com a fantasia passa a ser perpetuada repetidamente ao longo do tempo. Portanto, a travessia da fantasia seria apresentar ao sujeito algo além desse reduto ao qual ele está confinado, dando acesso à dimensão do desejo.

Ir além desse reduto efetiva um tempo da travessia da fantasia, no qual se propõe que o sujeito em análise tenha acesso a significantes que o permitam fazer face ao real inominável, sem que haja um advento da angústia. Para finalizar, é crucial que elucidemos a articulação existente entre o afeto da angústia e a fantasia.

Lacan (1962-63) em seu seminário sobre a angústia afirma que a fantasia é uma estrutura essencial ao sujeito e acrescenta: “Vocês verão que a estrutura da angústia não está longe dela, em razão de ser exatamente a mesma” (p. 12). Neste momento de seu ensino, Lacan trabalha os conceitos de angústia e fantasia, alcançando um ritmo de articulação entre ambos.

Esta articulação expõe que a fantasia, ao mesmo tempo em que provoca prazer, remete a algo estranho e inquietante. Para Seganfredo (2007) isso ocorre, pois ser objeto para o desejo do Outro, invariavelmente, suscita angústia. Para o autor, “ainda que Lacan considere que a fantasia é a defesa mais eficaz do neurótico, o melhor filtro para a angústia, não deixa de considerar que a mesma apresenta face ao real”.

A partir desta exposição sobre o conceito de fantasia na teoria psicanalítica, podemos reconhecer que a fantasia, enquanto parte da estrutura neurótica, acompanha os sujeitos ao longo das suas vidas, fazendo um anteparo à realidade. Lembremos, neste contexto, da revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso, que estabelece um sujeito em relação a um outro, diante de um segredo que atormenta. Portanto, também neste momento, a fantasia indicará uma posição do sujeito em relação ao desejo do Outro, que ao ser revelada junto ao segredo, pode despertar a angústia.

O encadeamento entre a revelação do diagnóstico de HIV, a fantasia e a angústia parece responder as inquietações iniciais desta pesquisa e abrir um novo caminho para a clínica psicanalítica com os jovens com HIV por transmissão vertical. Para que seja possível uma discussão mais profunda sobre esse encadeamento, não se pode dispensar uma apresentação sobre a metapsicologia da angústia.

6.4. O afeto da *Angústia* e a angústia em se revelar

Esta angústia que trago há séculos em mim,
Transbordou da vasilha,
Em lágrimas, em grandes imaginações,
Em sonhos em estilo de pesadelo sem terror,
Em grandes emoções súbitas sem sentido nenhum.

Álvaro de Campos²²

Aqui será realizada uma articulação entre a metapsicologia da angústia, e dados clínicos que representam um recorte da experiência da revelação do diagnóstico de HIV para o parceiro afetivo em jovens infectados por transmissão vertical: a angústia

²² Ficções do Interlúdio/Poesias de Álvaro de Campos. In: Fernando Pessoa/Obra Poética em um volume. Rio de Janeiro: Nova Aguilar S.A., 1994.

envolvida na revelação.

A partir do discurso de sofrimento e insegurança dos pacientes frente à revelação de seu diagnóstico positivo de HIV aos seus parceiros afetivos, foi possível observar a grande angústia sentida por eles provocada por tal assunto, sendo que muitos pediam ajuda diretamente para construir a decisão de revelar seu diagnóstico, visando obter uma garantia de ausência de sofrimento.

Acredita-se que a nítida angústia atrelada à necessidade da revelação do diagnóstico a alguém amado, expressada no discurso dos pacientes, principalmente através do medo da rejeição e da discriminação, é uma peça central para se entender como os jovens infectados por transmissão vertical do HIV lidam com a experiência da revelação do diagnóstico ao parceiro amoroso.

Por esse motivo, cabe aqui realizar uma investigação dedicada à teoria que Freud elaborou sobre o conceito de angústia, acrescentando alguns pontos das contribuições de Lacan, a fim de melhor compreender tal afeto, que aparece constantemente na clínica com esses jovens.

Segundo Loffredo (2012), é possível verificar três momentos na construção da metapsicologia freudiana da angústia: um primeiro quando Freud discorre sobre a neurose de angústia a partir de 1895, quando a angústia é concebida como uma descarga somática, sem a participação do psiquismo; um segundo, quando Freud escreve o caso Hans em 1909, caso de uma histeria de angústia infantil, quando a angústia é conceituada como um dos resultados do processo de repressão, por meio da transformação da libido, e ocorre um acúmulo de excitação psíquica que não consegue ser descarregada; e um terceiro com a escrita de "Inibição, sintoma e angústia" em 1926, texto no qual existe uma reformulação da teoria anterior, possivelmente por conta do desenvolvimento de conceitos nascidos a partir da segunda tópica, quando a angústia passa a ter um papel de defesa.

A principal diferença entre esses três momentos é a relação do recalque e da libido com a angústia. A autora ainda relata que através de uma análise das teorizações de Freud sobre a angústia formulou a hipótese de que as duas famosas teorias construídas por ele não são opostas, mas sim interligadas, permitindo explicar o processo de produção da angústia.

Para edificar a articulação acima mencionada, serão utilizadas as ideias presentes na teorização de Freud sobre a angústia a partir do texto de 1926, "Inibição, sintoma e angústia", principalmente no que se referem à angústia relacionada à situação traumática.

Strachey (1926) aponta que, neste texto, Freud acaba por desistir da teoria que sustentara por tanto tempo, deixando de considerar a angústia como uma forma de libido transformada e afirmando que a angústia existe no eu. Neste momento da obra de Freud, a angústia passa a ter um papel de defesa para o eu e é liberada intencionalmente por ele, a fim de evitar situações de perigo, vistas como uma ameaça de ocorrência de uma situação traumática.

Segundo Laplanche e Pontalis (1967), o trauma, enquanto um acontecimento da vida de um indivíduo, se define por uma intensidade que provoca uma incapacidade de resposta adequada pelo indivíduo. Ele é um excesso de excitação, além do limite tolerável, que causa desprazer e que o indivíduo não consegue elaborar psiquicamente. Os autores ainda afirmam que a noção de trauma veio assumir maior valor na teoria da angústia freudiana.

Para Jorge (2007) desde Freud e depois com Lacan, o trauma é o principal desencadeador da angústia, e pode ser tanto exógeno, ligado a eventos do mundo externo, quanto endógeno, ligado a pulsão. Este trauma é algo da ordem do não-simbolizável para o sujeito e por conta disso, rompe a tendência de equilíbrio da esfera psíquica, introduzindo uma falta de sentido. “Dito de outro modo, o trauma introduz algo de real no imaginário do sujeito”. (p.38)

Freud (1926/1976) explica o processo de defesa do eu contra o que seria da ordem do traumático e traz a ideia de que:

Uma defesa contra um processo interno importuno será plasmada sobre a defesa adotada contra um estímulo externo, e de que o ego debela os perigos internos e externos, de igual modo, ao longo de linhas idênticas. No caso de perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. (...) A repressão é um equivalente a essa tentativa de fuga. O ego retira sua catexia (pré-consciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (angústia). O problema de como surge a angústia em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente

apegar-nos com firmeza à ideia de que o ego é a sede real da angústia, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em angústia. (p.113/114).

Ao dizer que o ego é sede da angústia, que esta não é criada pelo processo de repressão, e que ela está atrelada a ocorrência de experiências traumáticas, Freud (1926/1976) esclarece que “os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (p.114). Nesse sentido, o ato do nascimento aparece como a primeira experiência de angústia do indivíduo: “No homem e nos animais superiores pareceria que o ato do nascimento, como a primeira experiência de angústia do nascimento, imprimiu ao afeto de angústia certas formas características de expressão” (p.115).

Strachey (1926/1976) explicita os vários perigos específicos que podem precipitar uma situação traumática e, conseqüentemente, fazer a angústia brotar. São eles: o nascimento, a perda da mãe como objeto, a perda do pênis, a perda do amor do objeto e a perda do amor do supereu. O eu fareja as situações de perigo, às quais a angústia aparece como reação, que remontam sempre à castração do indivíduo, representante do medo de sermos separados de um objeto altamente valioso.

Segundo Loffredo (2012), esses perigos “mudam conforme o eu se constitui, mas têm como característica comum a separação ou perda do objeto, ou de seu amor, pois essas condições anunciam uma ameaça de desamparo”. (p.115) Nesse contexto, pode-se pensar que a angústia nasce pelo fato de o eu pressentir o acontecimento de uma perda, de uma separação. Os sintomas acabam por serem criados para remover o eu de uma situação de perigo e, se existe um impedimento para a formação do sintoma, o perigo se concretiza e uma situação análoga ao nascimento se realiza, estabelecendo o desamparo do eu, em face de uma exigência pulsional inatingível.

Em Inibição, Sintoma e Angústia (1926) Freud distingue a angústia automática, proveniente de uma reação direta ao trauma, e o sinal de angústia como resposta à possibilidade de um trauma. A primeira modalidade indica que a angústia advém de uma situação de desamparo por parte do eu, frente um excesso de excitação, ou seja, a

situação traumática, que ele se percebe sem recursos para lidar. A segunda modalidade, a angústia como um sinal, é a resposta do eu frente a uma ameaça de ocorrer uma situação traumática, vista como uma situação de perigo, que é utilizada para restringir o desenvolvimento da angústia maior.

Segundo Loffredo (2012), o sinal de angústia eclode sempre que o eu perceber o possível retorno de uma ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Deste modo, este sinal de angústia ocupa um papel de defesa do eu, se articulando a uma liberação intencional e mínima de angústia, para evitar um maior desprazer.

Freud (1926) sustenta que há duas formas da angústia surgir: de forma inadequada, ao ocorrer uma nova situação de perigo; ou de forma adequada, a fim de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra. O neurótico funciona como se todas as antigas situações de perigo ainda existissem, e pode se apegar aos passados determinantes da angústia. No adulto não há nenhuma proteção absoluta contra o retorno da angústia traumática original.

Levando em conta todas as considerações teóricas feitas acima, pode-se propor a articulação entre a ideia do conflito e da frustração, correspondentes às experiências traumáticas, e a dúvida da decisão da revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso. A fantasia de desamparo e abandono atrelada a esse momento está relacionada à perda do objeto amado. Neste caso, pode-se hipotetizar que o momento da revelação funcionaria como a situação traumática e a angústia de revelar, que aparece no discurso dos pacientes, anterior ao ato de revelar por si só, funcionaria como um sinal de angústia, a fim de evitar um desprazer maior: o abandono da pessoa amada.

Como afirma Loffredo (2012) é de extrema importância o papel defensivo que a angústia passa a ocupar para o eu e, ainda, ela funciona como um sinal de alerta que coloca o processo defensivo em andamento. O mecanismo de *regressão* que se instaura inicialmente permite que o modo de operação ao qual a libido retorna por *fixação* (oral, sádico-anal, fálico) defina que mecanismo de defesa será utilizado e, conseqüentemente, que processo de formação de sintomas se efetuará.

Ainda nesta pesquisa, tem-se o objetivo de fazer uma discussão sobre a construção do conceito de angústia por Lacan, que se baseou nos estudos de Freud, mas propôs algumas reformulações ligadas ao conceito.

Lacan dedicou todo um seminário nos anos de 1962-63 à questão da angústia e nele foram introduzidas considerações essenciais para um avanço na metapsicologia da angústia. Naquele momento Lacan vai afirmar que “(...) constitui um erro dizer que a angústia é sem objeto” (p.87), como sustentava a psiquiatria clássica, pois o objeto correspondente a ela é o objeto *a*. O autor diz: “esse objeto *a*, do qual só fizemos esboçar as características constitutivas, e que hoje temos aqui na ordem do dia, é sempre dele que se trata quando Freud fala de objeto *a* propósito da angústia” (p.50).

Jorge (2007) afirma que a criação de Lacan sobre a angústia está ligada ao conceito de objeto *a*, considerando este como sua única invenção. Ele ainda indica que para Lacan, o que angustia o bebê não é que o objeto seio falte, mas sim que ele o invada. O que nos permite analisar a angústia como um sinal do real que invade a ordem imaginária do eu.

Lacan, neste seminário, assume que o aparecimento da angústia está atrelado à proximidade do sujeito a esse objeto, e ela surge quando algo vem ocupar o lugar do objeto faltoso, objeto de desejo. “Eis nos agora em condição de responder uma pergunta: quando surge a angústia? A angústia surge, quando um mecanismo faz aparecer alguma coisa no lugar (...) ocupado, do lado esquerdo, pelo *a* do objeto do desejo, Eu disse *alguma coisa* – entendam *uma coisa qualquer*” (p.51).

O autor, nesta mesma ocasião, considera a angústia como sendo um afeto de base, o afeto por excelência, e mais especificamente, o afeto que não engana. “O que esperávamos, afinal de contas, e que é a verdadeira substância da angústia, é o *aquilo que não engana*, o que está fora da dúvida”. (p. 88)

Admitindo que a angústia é a insinuação do estranho, Jorge (2007) diz que ela acarreta a falta de palavras, uma falta de possibilidade de simbolização. Em relação a isso, pode-se dizer da articulação feita por Lacan, entre angústia e gozo. O autor explica que “a entrada do sujeito no mundo simbólico se dá através da perda do gozo, que fica para sempre situado fora da estrutura psíquica. Lacan dirá que o sujeito não pode afirmar: “Eu gozo”, pois o gozo é precisamente a falta do verbo, a ausência da palavra, o mais-além do simbólico”. Nesse sentido, a angústia se mostra como a evocação desse gozo perdido.

Jorge (2010) sustenta que o sujeito neurótico tem acesso ao real a partir de

figuras clínicas como o sintoma e a angústia. Ao passo que os sintomas, ao mesmo tempo, representam e omitem o real da vida do sujeito, a angústia implica a emergência do real. O autor diz que ela é “alarme de que algo da ordem do não senso que está prestes a esburacar a homeostase psíquica constituída pela massa consistente de fantasias. Ela pode ser igualmente da ordem de uma invasão súbita, abrupta e devastadora”. Alternadamente, os sintomas e a angústia irrompem nos casos de neurose, como possibilidade e impossibilidade, respectivamente, de tamponar o real.

Acreditamos necessário fazermos retomada pontual da articulação entre fantasia e angústia, apresentada no final do capítulo anterior, mas neste momento, partindo do viés da angústia. É fundamental termos essa relação em mente, principalmente para a escuta psicanalítica, uma vez que a fantasia aparece como anteparo para a angústia e é a angústia que grita de forma explícita na clínica psicanalítica.

Sobre essa relação entre angústia e fantasia, Seganfredo (2007) indica que neste mesmo seminário da angústia, Lacan nos orienta que a fantasia construída pelo neurótico, representação de sua realidade psíquica, é seu melhor artifício para se defender da irrupção da angústia.

Este afeto da angústia neurótica, quando a fantasia não tem as rédeas da sua irrupção, pode ser tanto provocado por um perigo real, mas também, de forma distinta, pode ser consequência do desenvolvimento do sinal de angústia no cenário da própria fantasia, segundo Dunker (2006). Nesse sentido, a realidade e a neurose aparecem como fontes e destinos diferentes para a angústia.

Depois de termos caminhado por toda essa teorização da angústia, nos perguntamos: como se dá o retorno à clínica psicanalítica? Esse era o nosso maior questionamento: como intervir e ajudar esses pacientes, que traziam nos atendimentos tamanha angústia, na construção de novas alternativas para enfrentar esse momento, inclusive na tentativa de diminuir o sofrimento vivido por essas pessoas?

Sobre essa experiência da revelação do diagnóstico de HIV/aids, a partir da clínica psicanalítica, pode-se dizer que a decisão da revelação e a possível angústia referente a ela, estão relacionados com a posição subjetiva de cada indivíduo, a posição escondida na fantasia fundamental. Vai depender da forma com que o indivíduo

experiencia sua vida com HIV/aids, seus relacionamentos afetivos e sexuais, e principalmente, com a forma como se posiciona em relação ao Outro, ao desejo e a seu modo de gozo.

O espaço da escuta analítica pode representar uma oportunidade para questionamentos e elaborações frente ao sofrimento psíquico, possibilitando o reconhecimento do desejo dos sujeitos. Isso pode direcionar a ação do indivíduo ao seu autocuidado, prezando seu tratamento.

7. O QUE OS SUJEITOS TÊM A NOS DIZER

“Ouve-me, ouve o meu silêncio. O que falo nunca é o que falo e
sim outra coisa. Capta essa outra coisa de que na verdade falo
porque eu mesma não posso.”

Clarice Lispector

7.1 Sobre os sujeitos e seus discursos

As entrevistas propostas foram realizadas com quatro pacientes do SEAP HCFMUSP, infectados pelo HIV por transmissão vertical e transferidos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP) ao ambulatório em questão, no período de 2012 até 2014.

A forma de abordagem dos sujeitos foi por conveniência. Em um primeiro momento, verificou-se no sistema de agendamento de consultas ambulatoriais do equipamento de saúde, os pacientes que possuíam atendimentos com os médicos infectologistas responsáveis por atender a população aqui mencionada, entre os meses de abril a junho de 2014. Foram selecionados pacientes a partir da data e hora da consulta e entramos em contato explicando o contexto da pesquisa e solicitando a participação do paciente. Aqueles que apresentaram interesse foram convocados à entrevista e foi combinado um encontro após a consulta já agendada com o médico infectologista.

É importante ressaltar, que muitos dos pacientes não compareceram à consulta de rotina com o médico infectologista e, conseqüentemente, não estiveram disponíveis para a entrevista planejada por esta pesquisa. As entrevistas que puderam ser executadas tiveram duração entre 16 e 24 minutos.

Os sujeitos entrevistados foram dois homens e duas mulheres, com idade entre 18 anos e 21 anos. Todos já haviam finalizado o ensino médio e três deles relataram planos relacionados ao ensino superior. Dois deles possuíam atividade laborativa e dois estavam desempregados. As duas mulheres estavam envolvidas em relacionamentos afetivos caracterizados como namoro. Os homens se disseram solteiros.

Tem-se o conhecimento que, comumente, esta população de jovens acabou por conviver com seus pais biológicos apenas nos primeiros anos de vida, por conta da alta frequência de mortes prematuras de pessoas infectadas pelo HIV durante a década de 1990. No entanto, três dos nossos sujeitos referem convivência e habitação com suas mães até hoje, e um deles mora com a avó, foi criado por ela e pela madrinha, pois sua mãe faleceu quando ele tinha 6 meses. A figura paterna biológica foi pouco mencionada durante as entrevistas, com comentários superficiais que, principalmente, a atrelava ao papel de transmissor do HIV às mães.

Os nomes dos entrevistados utilizados nesta pesquisa são fictícios, para que seja possível assegurar o sigilo sobre a identidade dos sujeitos. Logo, fizemos a escolha pelos nomes de quatro personagens da saga Harry Potter²³, que ilustram arquétipos de heróis infanto-juvenis na atualidade: Harry, Hermione, Luna e Rony.

7.2 Proposta de interpretação dos discursos

As entrevistas com os quatro sujeitos foram primeiramente transcritas (ANEXO C), para em seguida serem categorizadas, visando uma análise qualitativa, que atendesse os objetivos e sustentasse as hipóteses da pesquisa. O foco posterior foi interpretar os dados obtidos, estabelecendo uma articulação com a teoria psicanalítica aqui apresentada, para compreender os processos psíquicos envolvidos na experiência de revelação do diagnóstico de HIV/aids.

As falas dos pacientes levaram ao desenvolvimento de três categorias, que funcionaram como indicadores de análise, e reúnem relatos das sutilezas da revelação do diagnóstico de HIV/aids adquirido por transmissão vertical. São elas:

- A) Primeiras notícias do HIV: Os três tempos da revelação,
- B) Sobre a decisão e as expectativas de se revelar,
- C) Influências e cuidados do profissional de saúde.

²³ Harry Potter é uma série literária de aventuras, composta por sete volumes, que tem com personagens principais bruxos adolescentes *do bem*, lutando contra o grande o *bruxo das trevas*, representante do *mal*.

Para detalhar e aprofundar os assuntos destas categorias, foram desenvolvidas subcategorias em cada uma delas, que permitiram uma melhor sistematização dos dados obtidos. Para a interpretação destas entrevistas, foram escolhidos recortes do discurso dos pacientes que ilustrassem alguma relação com o tema da revelação do diagnóstico de HIV/aids.

Acreditamos ser significativo frisar aqui, que as categorias foram criadas com base nos objetivos dessa pesquisa. Porém, outros aspectos considerados relevantes, que apareceram no discurso dos pacientes entrevistados, também foram incluídos na proposta de interpretação dos dados e exemplificados com relatos, ainda que não tivessem sido diretamente contemplados na descrição dos objetivos.

7.3 O discurso propriamente dito

Neste tópico da pesquisa, as categorias de interpretação dos dados serão apresentadas, explicadas e ilustradas com os recortes dos discursos dos pacientes entrevistados e, além disso, serão expostas algumas reflexões que foram suscitadas pelos discursos desses jovens.

A. Primeiras notícias sobre o HIV: Os três tempos da revelação

Essa categoria visa abranger os detalhes da primeira revelação do diagnóstico à criança ou adolescente vivendo com HIV/aids, diz das particularidades daquele momento em que ficaram se sabendo portadores de uma doença crônica e complexa. A partir dos relatos dos entrevistados sobre esse assunto, foi possível perceber três momentos distintos principais da relação do sujeito com sua doença, apresentados abaixo.

- *Etapa da dúvida ou do desinteresse: as entrelinhas do tratamento*

Nascer com HIV implica em uma necessidade de iniciar um tratamento médico desde os primeiros meses de idade, com idas a hospitais, coleta de exames, administração de medicamentos. Esses são os primeiros contatos com um problema de saúde que precisará ser cuidado pro resto da vida. E como será que isso é informado à criança? Qual será a repercussão psíquica na infância dessas experiências?

A partir do questionamento de como foi feita a revelação do diagnóstico de HIV e por quem, dois dos sujeitos entrevistados comunicaram a presença de uma dúvida, quando eram crianças, em relação aos motivos de tratamento, muitas vezes exteriorizada de modo insistente aos pais ou cuidadores.

Harry diz: “Foi pela minha mãe. No começo eu perguntava porque eu tomava remédio e ela ficava inventando historinhas. Aí quando eu atingi a idade que ela achava que eu entendia, ela me contou o verdadeiro motivo”. No caso de Harry sua mãe sustentava que seus medicamentos eram vitaminas e seu filho passou a acreditar, sem desconfiar de nada.

Hermione conta que apresentava dúvidas parecidas com as de Harry, relacionadas com a tomada de medicamentos: “Mas eu lembro que eu tinha dúvidas de por que eu tomava remédio. Eu lembro que eu perguntava pra ela porque eu tomava e tal. No começo ela não falava, eu lembro que ela não falava. (...) Ela falava que eu precisava tomar, que era proteína pro corpo. Isso eu tinha uns 7/8 anos”.

Ela ainda refere que esse primeiro momento, no qual não existe um saber sobre o HIV, nem o compreender dos seus significados, parece representar uma vivência mais simples: “No momento, como eu te disse, por eu não conhecer muito, pra mim era uma doença que eu tinha e que só que eu tinha que tomar remédio, pro resto a vida. Só.”

Pode-se perceber nas falas destes sujeitos um desejo de saber sobre si mesmos durante à infância. No entanto, tal desejo parece satisfeito pelas respostas e informações das mães, que, claramente, acreditam ainda não ser o momento ideal para a revelação do diagnóstico de HIV.

Os outros dois sujeitos da pesquisa referiram não vivenciar essa fase da dúvida, e permaneceram até a “notícia oficial” do HIV, que foi informada durante a

adolescência, sem manifestar interesse em saber sobre o que acontecia com seus corpos e suas saúdes.

Luna: “Eu também sempre ia no médico, mas nunca procurava saber o porquê. Eu ia tranquila.”. Ela contou que não tinha abertura para falar com sua mãe sobre esse assunto, pois sua mãe era muito fechada: “Falava que eu ia aprender com o tempo. E que ainda não era a hora.” Luna refere que não tinha dúvidas do que tinha, pois na prescrição dos seus remédios estava escrito, mas nessa época ainda não compreendia o que era o HIV.

Rony explica que se absteve de uma investigação mais profunda sobre seu estado de saúde e o uso de medicações, pois a confiança nos seus médicos afastava a dúvida do diagnóstico:

Até os 16 eu não sabia muito. E também digamos que eu nem me interessava, que na época era tão difícil acreditar que eu nem procurei pesquisar. (...) Pra te falar a verdade, eu não imaginava o que era. (...) Nunca cheguei a perguntar. Porque se o médico está te passando o remédio é porque é pra alguma coisa, é pro meu bem. Então eu resolvi esse pensamento e não cheguei a perguntar. Tanto que há quatro anos atrás, com 16 anos, eu nem perguntei. Foi minha madrinha que chegou em mim e veio contar pra mim.

Concluindo, a partir dos recortes aqui apresentados, nesse momento inicial de experiências com a saúde e a doença, parece haver um movimento de identificação com o discurso do Outro sobre o sujeito infantil, que, ou apazigua a dúvida da identidade, ou afasta os questionamentos sobre um possível diagnóstico de enfermidade.

- *Possibilidades de compreensão: a busca por respostas*

Segue a esse período, esmiuçado no tópico acima, a revelação do diagnóstico de HIV propriamente dita, que funciona como uma nomeação das rotinas de cuidados à saúde, mascarados até então. Existe, por parte dos pais ou cuidadores, uma escolha pelo instante ideal em que se dará a narrativa da revelação, que será acompanhada, como veremos adiante nas falas dos entrevistados, por confusões, preocupações,

questionamentos, que poderão influenciar positiva ou negativamente na aceitação do diagnóstico de HIV.

Com os sujeitos desta pesquisa o momento tido como ideal, por seus familiares ou equipe multiprofissional, aconteceu entre os 12 e 17 anos de idade. Dois deles receberam o diagnóstico pela mãe, um pela madrinha que o criou e outro por um profissional de saúde da equipe que já realizava seu tratamento.

Harry conta como foi o momento em que soube seu diagnóstico por sua mãe: “A gente sentou, começou a conversar e ela disse: Você quer saber mesmo porque você toma? Eu falei que sim. Aí ela começou a contar. E foi assim. Falou que não sabia de quem tinha pegado também, que achava que até do meu pai”. Ele ainda explica seus sentimentos ao receber a notícia: “No momento eu fiquei confuso e tal. Aí perguntei se eu ia ter que tomar remédio pra sempre. E ela disse que provavelmente sim. Achei estranho. (...) Aí dá aquele medo né, (...) De acabarem descobrindo, sei lá... Me tratem diferente. (...) Pelo que você ouve na escola... O preconceito”.

Com o decorrer do tempo, Harry afirma que foi passando a aceitar melhor sua convivência com o HIV. Conta que depois do susto do diagnóstico começou a entender e suportar: “[a aceitação] Foi com o tempo, né. Teve momentos que eu queria largar de mão. Não aguentava mais tomar remédio. Aí muita conversa com ela [mãe]. Voltava e ficava mais tranquilo e aceitava de boa de novo”.

Muitas vezes, a revelação do diagnóstico de HIV para o adolescente implica no anúncio do diagnóstico de HIV da mãe, pois este acaba sendo uma forma de explicar a presença do HIV no sangue do adolescente. Com isso, o adolescente, pode se perceber protetor de um “segredo de família”, que chega a envolver mãe, pai e até irmãos. Esse foi o caso de Harry, e de Hermione também.

Hermione soube que tinha uma doença com 11/12 anos, mas sem possuir o conhecimento de que era o HIV. Com essa idade, sua mãe explicou sua deficiência imunológica, sem nomeá-la. “Não, não entendia, praticamente quase nada. Só entendia que eu não podia contar pra ninguém, não podia comentar com ninguém, era só lá em casa e acabou. Ela falava que era uma doença, que era assim assim assado, só que não fazia muita importância”, explica Hermione

A entrevistada declara que só a partir dos 16 anos, ela foi buscar os significados da doença que possuía:

Depois, com meus 16/17 anos foi que eu fui correr atrás pra saber o que que era. (...) Aí depois, com o passar do tempo eu fui ficando mais curiosa pra saber o que que era e eu fui pesquisando, perguntando pra ela. Perguntava pros médicos quando eu ia sozinha no hospital. Aí foi que eu fui saber direitinho o que que era. O que eu não podia fazer, o que eu podia. Pra quem eu podia falar, pra quem eu não podia.

Para Hermione, ser comunicada de seu diagnóstico causou preocupações com sua saúde e seu futuro, trazendo inseguranças não antes sentidas, que não foram exterminadas pelas informações adquiridas na pesquisa que fez:

Depois quando eu fui sabendo mais o que que era, sinceramente, eu fiquei preocupada, muito preocupada. Porque o meu medo até hoje é de até quando eu vou conseguir viver, bem, pelo menos. Preocupada pelo fato de eu saber que é uma doença que não tem cura e que tem pessoas que morrem cedo, cedo assim, dependendo, lá pelos seus 40/30 anos, no máximo.

No entanto, ela também analisa que deter as informações verdadeiras de seu diagnóstico e saber como opera a doença da qual é portadora, modificaram positivamente sua relação com o tratamento e com o medo de contar para outras pessoas:

E saber confiar pra quem eu posso contar, porque eu sei agora que é uma coisa séria, mas por ser indetectável é uma coisa que eu posso viver um pouco melhor e posso viver sabendo que outras pessoas também sabe... pelo fato de eu não ser doente, de não estar tão aparente isso. Em relação aos meus remédios também, que agora eu sei que é importante, muito importante tomar. Que antes, quando eu era mais novinha, eu não dava tanta importância, eu não tomava certinho, não dava tanta importância como eu dô hoje.

Rony menciona que foi sua madrinha que identificou a necessidade de expor a ele o real motivo de seu tratamento de saúde e ela o chamou para conversar sobre o assunto:

Eu... Lembro pouco... Não lembro muita coisa. Ela me explicou direitinho porque eu tomava tanto remédio e porque eu ia lá no HC a cada, sei lá... Umas 5/6 vezes por ano. E me explicou um pouco sobre o tratamento, o que eu tenho que fazer, quais são os riscos. (...) Digamos que a minha madrinha é muito protetora, então ela não explica tudo exatamente. Pelo que ela me contou, fez o diagnóstico já bebê, quando eu era bebê, e foi descoberto o vírus no meu sangue. Aí desde bebê que eu venho fazendo o tratamento no HC.

Essa notícia teve um árduo impacto na vida psíquica de Rony e causou um penoso trabalho de aceitação de seu diagnóstico de HIV: “No começo foi meio difícil... Foi meio... Digamos que eu não aceitei, praticamente. Aí teve um tempo que eu até fiquei meio deprimido. Por que que eu peguei, por que eu? Muita coisa passou pela minha cabeça. Cheguei até a... nem sei o que fazer... Cheguei até a nem saber o que fazer”.

Ele refere, como Hermione, que a busca por informações a respeito da doença e significativas conversas com médicos, tiveram influencia poderosa em uma mudança no seu olhar sobre o HIV:

Mas aí de um tempo pra cá, eu criei um pouco de consciência. Esqueci um pouco... Comecei a conversar mais com os médicos. Quais são os riscos, o que tinha que fazer. Eu... Digamos que eu tinha até um certo medo de transmitir para as outras pessoas. (...) E com um pouco mais de pesquisa que eu fui me informando mais. (...) Porque antes, o fato de eu não aceitar o vírus, teve dia que eu cheguei até a não tomar o remédio. Já pensava no pior, que ia acontecer.

Mesmo no relato de Luna, que não apresentou muitos questionamentos no momento de contato inicial com a doença, tópico anteriormente aqui clarificado, é possível captar uma necessidade de um movimento contínuo de esclarecimento sobre o HIV, subsequente a revelação do diagnóstico: “Depois que a assistente social falou,

eu procurei saber. Pedi pra elas mesmo lá me explicar. (...) Aí fui crescendo, crescendo, fui acompanhando e fui sabendo”.

Sobre receber a notícia de seu diagnóstico, Luna é a única pessoa entrevistada que não remete tal notícia a uma fase complicada e incerta de sua vida, que provocou inúmeros questionamentos e receios. A única ressalva que Luna pontua é preferir ter sido comunicada de seu diagnóstico por sua mãe: “Só achei que ela deveria ter contado antes, mas eu aceitei numa boa. Tranquilo. Porque eu já fazia tratamento e estava tudo certinho”.

A partir desses relatos da experiência da revelação do diagnóstico de HIV, que, nesse momento, aparece carregado primordialmente das várias significações negativas do Outro, cada sujeito encontra um caminho para mediar sua relação com o vírus, o tratamento, o corpo e a doença. Caminhos estes não sem consequências.

- *Conclusões sobre o HIV: tentativas de apropriação*

Esse terceiro tempo da revelação do diagnóstico de HIV expõe um movimento de apropriação do diagnóstico por parte do sujeito, que se vê tateando alternativas para uma possível vida saudável com o HIV, o mais distante seguro da angústia da morte. Esse seria o tempo da época de vida atual dos entrevistados, que põe em jogo o “torná-lo teu”, para se seguir com a vida. A análise da relação do sujeito com *seu* HIV, evidencia algo dúbio, demonstrando tanto uma tranquilidade em viver com o HIV hoje em dia, quanto um permanente incômodo.

Ao mesmo tempo que Harry refere não ser bom ter HIV, ele tenta nos transmitir sua tranquilidade: “Hoje em dia eu já sou acostumado, nem ligo mais. (...) É, não é bom. Mas já aceitei, como eu falei, depois de tanto tempo você acaba aceitando, se acostumando com a situação”. Quando questionado sobre o que “não é bom” que apareceu em seu discurso, ele explica: “Os medicamentos, ainda tem o preconceito. Pelo simples fato de se você ficar sem tomar seu remédio algumas vezes, você vai acabar doente. Isso é ruim”.

Ao ser perguntado a Hermione sobre como é para ela ter HIV hoje em dia, sua análise envolve ainda certo sentimento de medo relacionado ao HIV, que tange sua

relação com as outras pessoas e seu futuro com elas: “Tenho mais medo porque eu entendo mais. Eu tenho medo em relação a minha família, em relação ao meu namorado, aos meus amigos. De eles não saberem, de eu não contar e de não saber até quando eu vou viver. Ou até quando eu vou viver bem, não vou começar a ter doença, nada do tipo”.

Luna também menciona um lado da relação com ser portadora do HIV pautada em alguns incômodos: “Só não é fácil de lidar, mas... (...) Saber que você tem um problema assim. (...) Os remédios, tem certas coisas que a gente quer fazer e não pode. (...) Como eu tomo remédio, quando eu saio não posso beber. Essas coisas”.

Esses três sujeitos demonstram em seus relatos preocupações com o tema da saúde x doença, do cuidado de si próprio encarnado na tomada de medicação antirretroviral e daquilo relacionado ao ser portador de HIV que os impede de gozar de uma vida que gostariam.

O viver com HIV hoje para Rony está relacionado com algo que ele tem que vencer e diz: “Hoje em dia eu aceito, agora eu aceito que eu tenho esse vírus e eu estou com a consciência que eu tenho que combater esse vírus. Hoje em dia eu tomo remédio com mais responsabilidade e não deixo de tomar mesmo. (...) Digamos que eu criei um pouco de responsabilidade”.

Algo que surgiu na fala de todos os entrevistados e despertou nossa atenção, foi o uso do significante *normal* para fazer referência ao viver com HIV:

De lá pra cá tem sido naquelas... Normal. Como eu falei, tem momentos que bate a revolta, não quer mais tomar os remédios, porque não aguenta mais. Mas tem sido normal. (Harry)

Olha, pra falar a verdade é normal pra mim. É normal porque eu tomo quatro remédios, é só pegar água, engolir. Pra mim é normal assim, porque eu tenho uma vida normal. (Hermione)

Eu vivo como se eu fosse uma pessoa normal. Como se eu não tivesse a doença, mas eu tenho. Digamos que eu sou bem discreto. Eu não faço as coisas com ninguém... Procuro ser discreto. Eu vivo como uma pessoa normal mesmo. Vivendo a vida. (Rony)

É tranquilo. Porque o meu médico falou que tá tudo controlado. Eu posso ter uma vida normal. Então, tranquilo, sempre foi. (Luna)

Acreditamos que tornar o HIV seu é um processo e algo que vai sendo construído dia a dia pelos portadores. Nesse percurso, os sujeitos vão construindo significações próprias e alterando suas posições subjetivas frente ao HIV. Esse momento é fundamental para a apropriação influenciar de forma positiva na revelação do diagnóstico de HIV a outras pessoas, tema que veremos no próximo tópico.

B. Sobre a decisão e as expectativas de se revelar

Esta segunda categoria irá apresentar as particularidades da revelação do diagnóstico de HIV feita para terceiros, tanto quando o vínculo com a outra pessoa é estabelecido em uma relação amorosa, quanto quando os envolvidos são familiares ou amigos.

Para tanto, mostraremos primeiramente um cenário, no qual foi possível associar o momento da primeira revelação, detalhado no item anterior do texto, com as expectativas da revelação para terceiros, quando os sujeitos se remetem a uma relação de segredo com o HIV. Posteriormente, indicaremos as vivências que nossos entrevistados tiveram correlacionadas ao ato de revelar propriamente dito, para finalizarmos com a exposição de relatos sobre os sentimentos ligados à decisão e/ou momento da revelação do diagnóstico de HIV.

- Conselhos de mãe e a construção do segredo

Foi a partir das falas dos entrevistados, no tocante a este contexto da revelação do diagnóstico, que compreendemos como o HIV passa a ocupar um lugar de segredo na vida do sujeito e isso acaba por influenciar diretamente as decisões voltadas à dialética do contar ou não contar. Percebemos que essa relação entre o HIV e a manutenção de um segredo teve início na infância/adolescência, momento que o sujeito recebeu a notícia de seu diagnóstico e foi aconselhado por adultos próximos a guardar a informação para si próprio.

Durante a nossa conversa com Harry, ele comentou diversas vezes que não conseguia contar do seu HIV para ninguém, afirmando “Eu prefiro ficar no segredo mesmo”. Este significante *segredo* foi utilizado para fazer menção ao HIV, em alguns momentos durante nossa conversa, nas expressões: ficar no segredo; segredo meu; segredo de família. Questionamos Harry sobre o que significava esse não conseguir contar, que ele tanto proferiu, na tentativa de constatar se existia um desejo de revelar-se, atrelado a alguma dificuldade emocional que o impedia. O entrevistado nos diz que não quer contar a ninguém, que isso é coisa dele e prefere manter o segredo.

Ainda sobre a decisão de revelar ou manter a informação do seu diagnóstico em segredo, Harry nos diz que na adolescência, quando recebeu a notícia de sua mãe “Ela falou pra mim: vai de você querer contar ou não daqui pra frente agora. Mas ela falou que achava melhor eu contar pra alguém que eu confio bastante. Aí eu trago isso até hoje só”. Ele inclusive ensaia nos dar uma explicação para seu veredicto de não revelar seu HIV: “Talvez seja isso, de criar tantos momentos na sua cabeça e acaba ficando tão confuso que você pensa: ah acho que é melhor o silêncio mesmo. Guardar pra mim e deixar do jeito que está seguindo”.

Hermione possui um discurso muito parecido com o de Harry sobre o não conseguir contar seu diagnóstico. Ela nos diz que existem algumas pessoas para quem considera ser importante revelar, tanto amigos, quanto namorado, mas assume não conseguir, por enquanto.

E nesse sentido, o HIV passa a ser para ela “um segredo muito sério”, em suas palavras. Quando demandamos, à vista disso, se ela julga o HIV como um segredo, nos declara: “Infelizmente eu vejo. Eu queria poder ser aberta com as pessoas, com as pessoas que eu gosto, com as pessoas que eu amo, mas infelizmente não dá”.

Também sua mãe, como a mãe de Harry, insistiu para que não contasse para outras pessoas a respeito de sua sorologia do HIV. “Ela sempre teclava na mesma tecla de que eu não podia contar pra ninguém. Ninguém podia ficar sabendo, nenhum amiguinho nenhum familiar, nada (...) era só lá em casa e acabou”. No caso de Hermione, sua mãe foi mais veemente: “Que ela falava: você não pode contar! Porque se não o pessoal não vai mais querer falar com você. Eles vão ficar com medo de chegar perto de você. Você não pode contar porque tem gente muito ignorante, muito preconceituosa. Não pode contar”.

A reação de Hermione foi acatar o desejo de sua mãe: “Respeitei. Até hoje. Eu tinha medo. Ela me deixava com medo de contar pra alguém, sinceramente. (...) Eu falava, tudo bem, não vou contar”.

Rony foi um entrevistado que pouco mencionou a questão do segredo sobre o HIV. Porém, pudemos notar que mesmo brevemente, esse significante apareceu subordinado ao tema da revelação para terceiros, ao conselho da madrinha sobre contar do HIV e ao sentimento de confiança, imprescindível para que a revelação se concretize: “Ela disse pra eu guardar um segredo, guardar esse segredo. Que se eu contasse pra alguém, contar pra pessoa que eu confiasse”.

Nossa última entrevistada não utiliza nenhuma vez em seu discurso o significante *segredo* para se referir ao HIV. Ela apresenta questionamentos e dúvidas sobre a dialética do contar ou não contar, mas em momento algum, esta dialética aparece com o peso de uma confidência, de um sigilo demasiadamente defendido. Sobre a influência da mãe de Luna na construção desse segredo, nada pudemos notar, uma vez que sua mãe não tinha o hábito de conversar sobre o HIV, nem nunca aconselhou a filha para silenciar seu diagnóstico, e aprova a decisão de Luna revelar-se para algumas pessoas.

Por meio das falas e posicionamentos dos entrevistados aqui apresentados, podemos retomar uma dos objetivos propostos nesta pesquisa, que pretendia investigar se a revelação do diagnóstico de HIV por transmissão vertical, dada pelo cuidador à criança ou adolescente, influencia a própria experiência da revelação do diagnóstico para parceiro afetivo-sexual. Percebemos um vínculo direto entre o aconselhamento dos pais ou familiares para a preservação do HIV como um segredo e a postura enfática definida dos jovens em não se revelar para os parceiros amorosos, e, em alguns casos, inclusive para amigos.

- *Contar ou não contar?: revelação para amigos e familiares*

Durante a entrevista, tentamos ampliar o questionamento sobre a revelação do diagnóstico de HIV para além da parceria amorosa, principal foco deste trabalho, visando conhecer para quais pessoas os jovens entrevistados se permitiam revelar sua

sorologia. Para tanto, incluímos uma pergunta sobre a revelação para amigos e familiares.

Essa ideia surgiu no decorrer da primeira entrevista, após o jovem ter mencionado inquietação e sentimento de temor ligados ao possível conhecimento de seu diagnóstico de HIV por outras pessoas, que ele não necessariamente tinha construído um relacionamento amoroso.

Os dois entrevistados homens relataram conhecimento de seus diagnósticos de HIV pelos familiares. Ambos nos contaram: “a família toda sabe”. Sobre esse assunto, quando questionado se os familiares sabiam por ele ou pela mãe, Harry conta que “pelos dois. Porque tem parentes que não moram próximos que acabam sabendo por mim. Os mais próximos já sabiam pela minha mãe, desde pequeno me acompanhando. Agora, fora da família ninguém”. Esses familiares eram primos e tios e “aceitaram de boa. Aceitaram não contar pra ninguém de fora. Pra ficar só entre família mesmo”.

Eles dois também atrelam o conhecimento de seu diagnóstico de HIV pelos familiares ao sentimento de confiança. Harry, explicando como foi contar para um primo seu nos revela: “Pra ele foi de boa porque ele é da família e você tem mais confiança, que nem eu falei. Agora pra outro de fora eu não consigo contar”. Da mesma forma Rony, quando indagado sobre para quais pessoas ele considerava valer a pena comunicar seu diagnóstico, manifesta a opinião de que sua família era a primeira que valia.

As duas mulheres narram, cada uma à sua maneira, que seus familiares não têm conhecimento de seus diagnósticos de HIV. A entrevistada Luna nos disse que não possui a informação se sua mãe chegou a transmitir a notícia para alguém da família, mas ela mesma nunca expôs tal informação neste contexto, apenas para amigas. Igualmente, Hermione comenta sobre essa não comunicação aos familiares e acrescenta que sua mãe, na decisão de impor que as pessoas não podiam ter informações sobre o diagnóstico da filha, os inclui como alvos proibidos.

No tocante à revelação nos vínculos de amizade, dois de nossos entrevistados afirmam nunca terem informado amigos sobre seus diagnósticos. Harry não faz nenhuma menção sobre um possível desejo de comunicar. No entanto, para Hermione

esse desejo é intenso, pois assume que está escondendo algo sério de alguém muito próximo, com quem deveria abrir seus segredos.

Harry alega que “tem meninos que eu ando desde a quinta série, a gente vai pro rolê junto, eles dormem em casa de boa, mas eu não tomo remédio, eu prefiro tomar escondido. Nunca comentei nada com eles sobre isso. Fica total segredo meu”. Quando questionado sobre o que pensa sobre a escolha por esse silêncio, ele complementa: “Não sei... Talvez eles fiquem com pena de mim, dó. Querer se afastar um pouco, já não ser aquela mesma coisa que é. Beber do mesmo copo, essas coisas”.

Harry ainda nos diz sobre os riscos da revelação: “Você vai criar momentos a pessoa vai entender de boa, mas você vai criar aqueles momentos que a pessoa pode não entender. Ela pode querer se afastar e tal, você acaba perdendo uma amizade”.

Em determinado momento da entrevista, Hermione nos conta como é “normal” para ela ter HIV hoje em dia, depois de ter passado por alguns momentos turbulentos. Porém, ao contrário disso, podemos perceber o desconforto de Hermione atrelado a questão da revelação do diagnóstico em uma de suas frases, se referindo ao que sai da normalidade de ter HIV: “A única coisa que empata mesmo é isso de eu ter que contar pros outros”.

Ela ainda enfatiza seu desejo de revelar-se em um vínculo de amizade, quando atribui maior importância de revelar o HIV para a amiga, em comparação ao revelar para o namorado: “Não. Não é só pro meu namorado, é mais mesmo pra essa minha amiga, que a gente já se conhece há anos, minha melhor amiga. Mas não consigo contar porque eu já vi que ela é ignorante como os outros. Então, não tem como”.

Para os outros dois entrevistados – Rony e Luna – existem alguns amigos dentro da gama de pessoas que tem conhecimento sobre suas sorologias para o HIV. Luna comenta que contou para duas amigas, sendo sua motivação despertada pela intensidade das vivências juntas e, além disso, pela confiança que elas transmitiam. Rony nos informa que decidiu revelar seu diagnóstico para três amigos e alega ter sido a preocupação demonstrada pelos amigos em relação à sua saúde, o principal motivo que o fez tomar tal decisão.

No começo foi meio difícil pra explicar. Eles entenderam. Torcem por mim. Pela minha recuperação e digamos que eu me sinto mais

aliviado. Até porque às vezes eu chegava até atrasado na escola porque eu passava em consulta. E às vezes eles me perguntavam porque e eu não sabia o que explicar. Até que eu tomei um pouco de conhecimento e contei pra essas duas pessoas e expliquei direitinho.

Ele ainda nos indica que houveram algumas pessoas para as quais optou por não contar. Para tentar ir mais afundo nesse assunto da não revelação, questionamos Rony a respeito do que poderia acontecer com seus vínculos a partir da notícia de seu diagnóstico, e ele desenvolve uma argumentação em defesa do não contar: “Digamos que um afastamento deles. Depois que eu contar eles não conversarem mais comigo, não conviverem mais comigo, com medo de eu transmitir. Quando é muito jovem realmente não tem as informações, não sabe direito. Foi muito em função disso”.

Diante do exposto acima, notamos que independente do tipo de vínculo estabelecido com o outro, se familiar ou de amizade, nasce nos jovens uma vontade de se revelar. Isso acontece quando se sentem diante de um terreno seguro, ou seja, quando percebem que a confiança é a base da relação, que a pessoa está disposta a guardar seu segredo, bem protegido, sem que assim corram o risco de serem difamados, julgados e criticados, a partir de um preconceito em relação à transmissão do HIV, arraigado na sociedade.

- *Contar ou não contar?: revelação na parceria amorosa*

A presente subcategoria expressa um recorte do principal objetivo deste trabalho, visando ter conhecimento sobre a revelação do diagnóstico de HIV nas parcerias amorosas, em jovens com infecção por transmissão vertical. Obviamente, existem outras sutilezas da vida dos jovens que acompanham tal revelação, e, por esse motivo, caminhamos por diversas temáticas até chegar aqui, para construir a base desse percurso principal.

Apenas uma entrevistada, Luna, dos quatro que participaram da pesquisa, relatou já ter revelado seu diagnóstico de HIV em parcerias amorosas. Todos os outros negaram tal atitude, referindo nunca terem passado por essa experiência na vida.

Descreveremos abaixo as experiências e/ou as reflexões de cada um deles, com o intuito de mostrar as riquezas expressas nos discursos e os detalhes da subjetividade.

Luna nos narra dois episódios, nos quais revelou seu diagnóstico em relacionamentos amorosos. O primeiro ela tinha 15 anos, estava no relacionamento há um ano e fazia pouco tempo que tinha tido notícia de seu HIV. Ela nos conta: “Ai eu tava com mó medo, tremendo. Mas eu contei, aí foi de boa. Na hora foi um choque né. Porque eu fiquei mó tempo e depois eu falei. Mas aceitou. (...) Foi um choque assim, mas falou que isso não ia mudar em nada. E não mudou”.

Perguntamos a ela o que tinha influenciado sua decisão de revelar e ela nos explica fazendo menção ao tempo do vínculo estabelecido na convivência: “Eu acho que eu conhecia faz tempo e já tava na hora de eu falar, né?! (...) Achei que sei lá, era a hora de falar. A pessoa vivia comigo e não saber exatamente...”

O segundo episódio de revelação foi mais recente, ela estava se envolvendo com a pessoa fazia três meses, não qualificou esta relação como um namoro, e afirma ter sido mais tranquilo contar do que a primeira vez. Luna nos fala sobre esse momento: “Eu falei que tinha uma coisa pra contar... E como a gente ainda tava no começo, eu queria falar, antes que mais tarde podia falar por que eu não falei, essas coisas. Aí, eu falei. E a reação foi de boa. Tranquilo”.

Sobre como foi decidir revelar-se, Luna esclareceu que nos dois relacionamentos o que sentiu foi uma grande vontade de comunicar a outra pessoa do seu diagnóstico, sem conseguir aprofundar muito sobre essa vontade. Nos diz: “Me vem na cabeça a vontade de falar. Aí fica aquilo martelando na cabeça e eu chego lá e falo”.

A repercussão dessa notícia nos relacionamentos de Luna foi boa. Ela diz que as duas pessoas aceitaram, que quiseram permanecer com ela e que as relações não mudaram em nada após isso. Essa posição das pessoas contrariou a expectativa de Luna, uma vez que seu pensamento ia na direção de ser abandonada. “Eu tinha mais medo de falar e a pessoa não aceitar, mas depois... Foi bem diferente do que eu pensava (...) Nem todo mundo aceita o problema que a gente tem”.

Discorreremos agora sobre os outros três entrevistados, que disseram nunca terem feito a escolha pela revelação do HIV em um relacionamento amoroso.

Começamos com Hermione que passou pela experiência da revelação forçada, quando sua mãe definiu, por critérios próprios, indo contra a vontade de Hermione, contar sobre o HIV da filha para o menino que ela estava namorando, quando tinha 15 anos. Hermione acredita que a decisão da mãe por essa atitude estava baseada na descoberta da vida sexual dela com seu namorado, aliada ao fato da mãe ter sido infectada pelo pai de Hermione: “Ela achou, eu acho que pelo fato de ela ter pegado do meu pai, ela achou importante meu namorado ficar sabendo”.

O cenário da revelação mencionada acima foi o seguinte:

Ela [mãe] chegou na hora e falou: você vai contar pra ele. Mas eu não quero. Eu não quero contar pra ele. Eu não acho necessário, até porque eu não gosto dele. A gente já vai terminar. Não, mas você vai contar pra ele. Chamou um dia ele lá em casa, eu falei que não, que não queria contar. Chegou um dia em casa, ela simplesmente sentou com ele e começou a falar. Você não vai falar Hermione pra ele o que você tem? Aí eu fiquei meia perdida, sem saber o que fazer, comecei a chorar muito, porque eu não tava preparada praquilo e simplesmente ele aceitou.

Sobre como foi para Hermione vivenciar essa situação, ela nos conta:

E o fato da minha mãe contar uma coisa tão importante pra mim, que eu não tava preparada, eu acho que até hoje eu não tô preparada pra contar, foi horrível. Foi horrível demais, demais, demais. Eu não quero que aquilo se repita nunca mais. Foi uma das piores experiências da minha vida. Não gosto nem de lembrar, sinceramente.

Além dessa da narrativa e das dores ligadas a essa vivência específica, acreditamos ser indispensável evidenciar algumas reflexões de Hermione sobre o tema da revelação do seu diagnóstico de HIV em um relacionamento amoroso.

Ela atrela seu propósito de não revelar-se a alguns medos e inseguranças. Diz que acrescentado ao medo do que as pessoas vão pensar sobre ela, preocupa-se em “exporem minha mãe. Porque todo mundo vai querer saber: mas nossa como é que ela

pegou? Ah! Da mãe dela. E isso... Ai... o fato de todo mundo ficar sabendo e o fato de todo esse preconceito e dessa ignorância, por isso que eu não conto pra ninguém”.

Mesmo com esses obstáculos que os medos representam, Hermione julga ser importante compartilhar sua sorologia com o namorado: “Porque se fosse comigo, eu ia querer muito que me contassem. Por exemplo, se ele tivesse e eu não, eu me coloco no lugar dele, eu ia querer muito que me contasse. De verdade”

Todavia, parece que essa revelação para Hermione requer algumas precauções, garantias e uma introdução do assunto HIV de forma sutil:

Esse meu namorado a gente já tá junto faz um tempinho já e eu chego a conversar com ele, não contando o que eu tenho, mas a gente conversa sobre esse tipo de negócio de doença e tudo mais. E se eu perceber que a pessoa é confiável, não vai contar pra ninguém e ela vai aceitar, vai querer me ajudar, não vai me deixar no meio do caminho quando eu mais precisar, aí eu conto. Mas até agora (...)Ele me passa um pouco de confiança, mas não é confiança suficiente pra eu ter essa capacidade de contar pra ele.

Hermione descreve mais profundamente o sentimento de confiança e suas expectativas de um cuidado exercido pela figura de um namorado:

De eu ter certeza, de eu ter certeza mesmo que ele não vai contar pra ninguém sobre a minha mãe e eu. De ele me respeitar acima de tudo também, porque não adianta eu contar pra ele, tendo confiança que ele não vai contar pra ninguém, mas simplesmente ele começar a ficar com medo de mim, ou não entender o que é, ou alguma coisa do tipo. E quando eu tiver certeza que ele tem tudo isso junto e reunido, aí eu conto.

Esse sentimento de confiança foi repetidamente mencionado pelos nossos entrevistados – inclusive nos vínculos familiares e de amizade, como exposto no tópico anterior – como algo imprescindível para que a revelação seja concretizada. Embora seja algo bem singular, com diferentes intensidades, acaba por simbolizar uma tentativa de proteção a um possível sofrimento.

Quando perguntamos sobre a revelação na parceria amorosa para Rony, ele diz nunca ter namorado, mas já ter “ficado” com algumas pessoas. No entanto, nunca chegou a contar para elas. Ele explica essa sua opção de não contar pela duração do relacionamento: “Eu nunca contei porque no máximo eu ficava uma semana, ou duas semanas. Eu não chegava a ter um relacionamento sério com a pessoa. (...) Geralmente eu não contei mesmo porque era só um lance, só algo não sério, não era um relacionamento sério, era só uma diversão, vamos dizer assim. Aí não contei mesmo...”

Entretanto, após defender essa ideia. Rony sustenta, de forma ambígua, que não há uma obrigatoriedade na revelação dentro de um relacionamento sério: “Eu não me sentiria na obrigação de contar, mas se em um determinado momento eu precisasse contar pra pessoa, eu conto. (...) Se a pessoa perguntar, não só uma vez, tipo frequentemente, eu teria que explicar pelo menos”.

Sobre possíveis consequências da comunicação da soropositividade na parceria amorosa, Rony faz as seguintes observações sobre sua forma de funcionar: “Não... Eu nunca imaginei o que iria acontecer depois. Digamos que eu deixava rolar. Eu não chegava a perguntar pra mim mesmo: pô se eu contar pra pessoa que ela vai achar? Até porque eu sou o tipo de pessoa que não me importo com a opinião dos outros. Então pra mim, realmente eu não cheguei a imaginar isso”.

Harry nos demonstra uma forma distinta de avaliar essa questão das consequências da revelação, que mais se assemelha às ideias de Hermione, e, de certa forma, determina e influencia sua posição de silêncio. Vale lembrar aqui, que Harry nunca se revelou em um relacionamento amoroso.

No momento que você está com a pessoa até pensa: será que eu conto, ou não conto. Mas no meio da indecisão você acaba não contando mesmo. Ah... Eu acho que pra deixar a pessoa mais a vontade comigo. Porque querendo ou não, se você contar, a outra pessoa também vai ficar assustada com o que pode acontecer. (...) E talvez nem queira mais a relação. Ah... Medo de se infectar. A camisinha pode estourar. Aí a pessoa acaba ficando assustada sim.

Uma possível saída a esta encruzilhada que a revelação coloca o sujeito, é a vivência de um relacionamento longo, mais sério. Isso aparece também nas

considerações de Harry, acreditando que é possível revelar-se “depois que você vê que está há bastante tempo com a pessoa. A pessoa confia em você do mesmo jeito que você confia nela, aí eu acho que é a hora certa de contar. Mas que nem eu, tenho só lances. Meus relacionamentos mais longos são de uma semana no máximo. Aí eu acho que não é a hora pra contar”.

Harry ainda acrescenta, fazendo alusão ao relacionamento longo com uma menina: “Aí eu vou ter que contar pra ela de todo jeito, mesmo porque ela vai precisar saber. (...) Nós íamos ter mais relações sexuais, mais de uma vez, e tal. Mais cedo ou mais tarde a camisinha pode estourar, então é melhor ela já ficar sabendo dos riscos que ela está correndo. Aí achou eu vale a pena contar”.

Essas falas são representativas de ponderações dos jovens entrevistados, que parecem estar tateando caminhos para as decisões referentes à revelação do diagnóstico de HIV na parceria amorosa. Esses caminhos nem sempre são claros, determinados, que traduzem uma plena convicção. Pelo contrário, em suas entrelinhas podemos ler as incertezas e hesitações que este tema causa. Entretanto, certamente podemos perceber organizações subjetivas para evitar riscos que o HIV pode trazer em uma parceria amorosa.

- O sentimento envolvido na revelação

Foi perguntado aos entrevistados qual sentimento eles julgavam estar envolvido no processo de revelação do diagnóstico, principalmente com o intuito de verificarmos alguma manifestação de sofrimento, preocupação e até de angústia. A ideia com esse questionamento não era a entrevistadora interpretar o sentimento dos pacientes, mas sim propiciar uma reflexão a respeito de como eles se sentiam e se percebiam frente à revelação. As respostas que apareceram nos mostraram uma variedade ampla de afetos possíveis.

Para Harry o medo e a frustração são declarados como os sentimentos envolvidos mais relevantes e estão relacionados diretamente a reação da outra pessoa ao escutar seu segredo. Sobre o medo ele diz: “[medo] da pessoa acabar se assustando e não querendo mais nada com você. Te tratar diferente depois, e aí...”. Harry ainda

assegura que ficaria frustrado “com a reação da pessoa. Acho que é capaz dela me magoar”.

Hermione narrou algo muito parecido com Harry. Descreveu sentimentos de medo e preocupação, também atrelados ao posicionamento das pessoas quando ouvirem seu testemunho. A ideia nova que aparece no discurso dela está relacionada ao fato das pessoas poderem escancarar seu segredo, passando suas informações em relação ao HIV de uma pessoa a outra.

O medo do que as pessoas vão pensar. O fato delas serem ignorantes e acharem que aquilo ali só o fato de elas relarem em mim elas vão pegar. O medo das pessoas quererem tipo, se afastar de mim, ou... Acho que nem o medo de elas se afastarem de mim, isso também, mas o fato de elas contarem pra alguém e esse alguém contar pra outro alguém e ir contando ir contando.

Rony não fala de medo ou de preocupações, mas enfatiza bem um sentimento indispensável na revelação: a confiança. Ele acredita que para contar para alguém do seu HIV, precisa confiar muito na pessoa e baseia essa ideia no preconceito frequentemente vivido por portadores de HIV nas suas relações sociais. “Confiança. Digamos que, querendo ou não, hoje em dia tem algumas pessoas que tem um certo preconceito com portadores do vírus”.

A resposta da última entrevistada teve um núcleo bem parecido com o de Rony, dizendo de quanto a confiança interfere na revelação. Ela também considera de extrema relevância ter confiança e proximidade com o outro para conseguir contar de si. Luna nos conta que o sentimento principal envolvido na revelação de seu diagnóstico é o de amizade. Ela fala: “(...) eu só contei para duas pessoas, eu achei que elas deveriam saber, por conviver bastante comigo”. E acrescenta: “Pela confiança. Uma pessoa que sempre andava comigo, que estava em todos os lugares comigo, festa, essas coisas junto. Aí foi passando o tempo e eu vi que, nem sempre se deve confiar nas pessoas, mas se passava confiança eu falava”.

Os sentimentos aqui mencionados parecem se agrupar em dois conjuntos distintos. Um com sentimentos negativos como medo, preocupação, frustração; e outro com sentimentos aparentemente positivos como confiança e amizade. No entanto, todos

os afetos aqui trazidos, configuram reações às expectativas da reação do outro frente a notícia do segredo, demonstrando a existência de fantasias subjetivas que aludem a revelação.

C. Influências e cuidados do profissional de saúde

Esta categoria foi desenvolvida para termos ciência de como os pacientes entrevistados percebem o envolvimento do profissional de saúde na temática da revelação do diagnóstico de HIV na parceria amorosa. A ideia foi verificar se os pacientes recebem algum tipo de ajuda, em forma de acolhimento, incentivo positivo em revelar, ou se sentem algum prejuízo vindo dos profissionais, em forma de interferências negativas que escancarem comportamentos de manipulação, forçando uma revelação não desejada.

Dois dos pacientes entrevistados afirmaram não identificar nenhuma interferência dos profissionais de saúde nesse assunto, nem com foco positivo, de ajuda ou amparo, nem em forma de interferência negativa, que causasse algum tipo de angústia ou sofrimento, como por exemplo, através de sugestão da revelação obrigatória ao parceiro.

Uma entrevistada relatou que se sentiu ajudada e amparada, através de falas e atitudes dos profissionais de saúde que não iam na direção do apoio para revelar, simbolizando uma necessidade da revelação, mas sim na direção do direito de escolha, aliado ao tempo subjetivo de bem estar emocional. Hermione nos conta:

Por exemplo, a psicóloga que eu passo, a Dra, elas falam que eu tenho que contar quando eu me sentir bem, quando eu sentir que eu tô pronta. A Dra mesmo já chegou a comentar que quando eu quiser, depois de eu contar pra ele, a gente marca um dia pra ela explicar tuuudo pra ele, mas isso quando eu quiser, quando eu tiver pronta. Interferir mesmo nunca, ninguém.

A paciente ainda menciona que o seguimento com a psicóloga representa um espaço de ajuda e de reflexão: “Já que eu não posso contar pra quem eu quero, ou conversar com quem eu quero, tem ela pra me ajudar... Então, é bom sim”.

A última entrevistada exterioriza em sua narrativa uma posição um pouco diferente dos outros, que não remete a ação do profissional de saúde, ou seja, se tal profissional se dispõe a ajudar ou não, mas sim a sua vontade de receber ajuda em relação a esse tema. Luna diz que vários profissionais já tentaram conversar com ela sobre o assunto, inclusive a encaminharam para atendimento psicológico, mas ela se recusava a falar.

Quando eu passava ainda no Instituto das Crianças. Eles queriam ver como eu me sentia, como era lidar com as pessoas também, se eu falava pra alguém ou não. (...) Eu não gostava muito de falar não. Eles perguntou se alguém sabia, eu falei que na época ainda não. Eles perguntou se era normal conviver com isso, se eu sentia diferente das outras pessoas. Eu falei que não. Ai, e eu não respondia muito não.

Essas falas nos fazem refletir que, para cuidar do assunto da revelação do diagnóstico junto aos pacientes, não existe uma resposta universal pronta, indicando qual caminho seguir para amenizar o sofrimento envolvido. Podemos oferecer um espaço para trabalhar tais questões e o sujeito não se sentir pronto para discuti-las, ou simplesmente achar que a revelação é algo tranquilo, que não causa sofrimento e, portanto, não precisa de ajuda para lidar. Porém, nos parece que, mesmo assim, é de fundamental importância estarmos disponíveis para escutar e acolher o que os sujeitos têm para nos contar, propiciando um espaço que priorize a subjetividade.

8. O CAMPO DAS INTERVENÇÕES: O QUE O PSICANALISTA TEM A DIZER?

O sujeito freudiano é um sujeito livre, dotado de razão, mas cuja razão vacila no interior de si mesma. É de sua fala e seus atos, e não de sua consciência alienada, que pode surgir o horizonte de sua própria cura.

Elizabeth Roudinesco²⁴

Construímos, até este instante, um caminho que passou pela contextualização do problema de pesquisa – que incluiu um aprofundamento na questão da revelação do diagnóstico de HIV – por apresentações de conceitos pertinentes da teoria psicanalítica e, por fim, pela escuta dos saberes dos jovens a respeito da revelação de seus diagnósticos de HIV, articulada com algumas primeiras impressões sobre o posicionamento subjetivo dos jovens.

E então, o que o psicanalista tem a dizer sobre esse cenário da revelação? Quais são as interpretações que a psicanálise pode oferecer para uma problemática tão complexa, que envolve o sujeito em suas relações? Existem propostas possíveis a serem feitas para auxiliar os profissionais que tratam dessa população? Este parece ser o momento fundamental para refletirmos sobre alguns pontos que a psicanálise pode contribuir para o campo de intervenções com os jovens que vivem com HIV por transmissão vertical e se encontram diante da dialética do contar ou não contar.

Elegemos aqui, tendo base no que foi encontrado nas entrevistas com os jovens, quatro aspectos cruciais para elaborarmos uma discussão: a revelação inicial do HIV e seus três tempos; a herança de um tabu; “Será que ele vai me aceitar?”: a construção de uma fantasia; subjetividade e as possíveis ações do analista.

²⁴ Roudinesco, E. (2000) Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

8.1 A revelação inicial do HIV e seus três tempos

Ao início, consideramos como uma das hipóteses da presente pesquisa, o fato de haver alguma influência da forma que o diagnóstico de HIV foi revelado ao jovem – ou seja, o modo que ele soube de sua herança do HIV, transmitida por sua mãe – sobre a revelação do diagnóstico de HIV na parceria amorosa deste jovem.

Por esse motivo, nos propusemos a investigar como os entrevistados passaram por essa etapa da revelação e como eles percebiam seus sentimentos, pensamentos e decisões relacionados a esse momento de suas vidas. A partir das colocações encontradas, foi possível perceber a existência de três momentos distintos que demonstram a relação do sujeito com seu HIV, já apresentados anteriormente. Tais momentos podem ser comparados às três instâncias lógicas do tempo, propostas por Lacan em seu artigo “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”, de 1945: o instante do olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir.

A aproximação dos três tempos percebidos no recebimento da revelação do diagnóstico de HIV com os três tempos do processo lógico, introduzidos por Lacan, pode ser feita da seguinte maneira: o instante de olhar equivaleria à *etapa da dúvida ou do desinteresse: as entrelinhas do tratamento*; o tempo de compreender equivaleria às *possibilidades de compreensão: a busca por respostas*; e o momento de concluir equivaleria às *conclusões sobre o HIV: tentativas de apropriação*.

Lacan afirma neste artigo, que a solução de um processo lógico apresenta duas moções suspensas, que determinam os três tempos. Esses dois momentos de parada não são cronológicos, mas sim determinados a posteriori e o valor dessas moções só pode ser verificado após a conclusão do processo lógico.

O autor ainda acrescenta, a respeito da relação entre os tempos, que “captar na modulação do tempo a própria função pela qual cada um desses momentos, na passagem para o seguinte, é reabsorvido, subsistindo apenas o último que os absorve, é reestabelecer a sucessão real deles e compreender verdadeiramente sua gênese no movimento lógico” (p. 204).

Relacionado a isso, vimos que os sujeitos da nossa pesquisa só puderam formular e nos comunicar suas relações com o HIV atualmente em suas vidas, por terem vivenciado momentos anteriores de desconhecimento, sofrimentos e dúvidas como parte de um movimento de se reconhecer como portador de HIV. Podemos sugerir as duas moções desse processo: a primeira corresponderia à revelação inicial, introduzindo o HIV na vida dos jovens; a segunda seria a abertura para a apropriação, que fala de uma urgência de se aceitar.

O tempo de saída, o terceiro tempo elucidado por Lacan, o momento da conclusão, é traduzido em um tempo que urge: “na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita simultaneamente seu juízo e sua saída. (...) o sujeito, em sua asserção, atinge uma verdade que será submetida a prova da dúvida, mas que ele não poderia verificar se não a atingisse, primeiramente na certeza.” (p. 206)

Essa certeza que alcança uma verdade, verdade do sujeito, que possibilita a conclusão do processo lógico, pode ser fígada no discurso dos jovens, quando eles confabulam o sentido de seu HIV atualmente em suas vidas. Como já mencionado neste texto, nos chamou muita atenção o discurso sobre a normalidade, sobre ser normal viver com HIV. Essa verdade do sujeito precisa ser antecipada e sustentada para que o processo lógico de tornar o HIV seu abra portas para outras vivências, mesmo que isso caia na dúvida posteriormente.

Vale ainda ressaltar, por fim, que Lacan (1945) nos indica “que se, nessa corrida para a verdade, é apenas sozinho, não sendo todos, que se atinge o verdadeiro, ninguém o atinge, no entanto, a não ser através dos outros”, o que simboliza a importância do outro para a constituição da minha certeza, da minha subjetividade. Tema que será visto no próximo tópico.

Com isso, concluímos essa discussão dos três tempos do reconhecimento de se ter HIV, firmando que o processo da revelação primeira do HIV é um processo lógico, no qual estão implicadas três etapas, de desconhecimento, questionamentos e conclusões, atreladas logicamente.

8.2 A herança de um tabu

Para dar continuidade, nos propusemos a debater nesta ocasião, como a participação dos outros – no caso dos jovens entrevistados nesta pesquisa, dos pais, cuidadores, familiares – influencia na relação do sujeito com seu diagnóstico de HIV, especificamente adquirido por transmissão vertical, herança vinda da mãe. Foi percebido na fala dos entrevistados, corroborando com nossa hipótese inicial, como os “conselhos de mãe” – ou de familiares – induzem determinados comportamentos relacionados ao segredo do HIV.

Acreditamos que a transmissão do HIV da mãe para a criança, não é apenas uma herança do vírus, mas, sobretudo, de suas significações, que proporcionam implicações nas subjetividades e na relação familiar. Ainda, em nossa cultura, o portador de HIV é visto como alguém com algo muito terrível, obrigado a manter segredo sobre si.

Borges, Pinto & Ricas (2009) afirmam que, na maioria dos casos, o diagnóstico da infecção pelo HIV aconteceu a partir do adoecimento da criança, sem o conhecimento anterior da infecção dos pais, e mostrou-se um acontecimento dramático. Esse diagnóstico aparece de forma inesperada, causando choque, susto, revolta, desespero, raiva, culpa e angústia. As mães sentiam que passavam o seu sangue com o vírus para seus filhos, e se consideravam péssimas mães por não terem evitado isso, podendo causar a morte deles, já que o HIV é muitas vezes igualado à morte.

Além da transmissão do sangue, pode-se perceber que existe a transmissão de sentimentos, fantasias, representações e significados atribuídos ao HIV, relacionado ao seu lugar de tabu. Os ensinamentos das mães, cuidadores e família tem base no que eles próprios construíram e viveram em relação à aids e tem o intuito de prepararem seus filhos frente ao futuro da vivência com o HIV. No entanto, o que muitas vezes não se percebe é que essa transmissão pode conter também sofrimentos, medos e angústias, fazendo com que a criança aprenda a vivenciar seu HIV respondendo com esses sentimentos, carregando em si o que é de sua mãe e família.

Sobre isso, Mannoni (1983) afirma que a atitude da mãe por conta da deficiência física ou psíquica da criança induz nesta, algumas respostas. Quando um fator orgânico está em jogo, a criança responde à uma dificuldade constitucional, e também a como a

mãe utiliza essa deficiência num mundo fantasmático, que acaba por ser comum a ambas.

A fantasia e o medo sentidos pela mãe em relação ao adoecimento da criança podem-se tornar dificuldades nesse cenário. As mães costumam relatar forte medo do adoecimento do filho e isso interfere diretamente na vivência do cotidiano, fazendo com que elas passem a conduzir a vida de seus filhos, impondo várias limitações, que são acatadas na infância, interferindo na forma que a criança signfica sua doença. Assim, essas limitações podem conduzir a criança a um lugar marcado pelas questões fantasmáticas maternas em relação ao HIV.

A subjetividade materna pode sempre afetar a vida de um filho mas, no caso de mães com HIV/aids, esses efeitos podem se constituir como algo incômodo para o psiquismo. Além da questão da transmissão biológica do HIV, as questões subjetivas, como as angústias relacionadas a morte e ao preconceito contra a aids estão presentes na vida das mães portadoras do HIV e podem ser marcantes na infância. O fantasma da mãe em torno da aids atravessa a relação que a criança constrói com sua condição de portadora do HIV, uma vez que a aids ser um tabu faz imperar o silêncio, o segredo e o não dito, já que nesse contexto, a palavra se torna proibida.

Segundo Manoni (1983), as palavras são importantes para auxiliar a criança na construção de recursos psíquicos para vivenciar seu adoecer de uma forma menos sofrida. O que se procura evidenciar na psicanálise é como a situação real da doença é vivida pela criança e pela família, pois interessa o valor simbólico atribuído pelo sujeito à doença, como ressonância à história familiar. As palavras pronunciadas pelo grupo a respeito da doença são de extrema importância para a criança, pois são elas que vão permitir a construção de um sentido ao que se vive.

Borges, Pinto & Ricas (2009) afirmam que a criança percebe o HIV como um assunto intocável, um assunto tabu para a mãe e a família, ao qual ela não pode se referir, perguntar, ou buscar explicações. A escolha da criança também passa a ser a do silêncio, ainda que, ocasionalmente, pense sozinha sobre sua doença, e raramente rompe o pacto de silêncio imposto.

A partir do que foi colocado aqui sobre a herança e a transmissão, pode-se dizer que quando se herda algo, se ganha? Ou, pode-se perder? A herança tem ligação com

receber, se apropriar, com conquistar. Mas o que se ganha e o que se perde na transmissão/herança do HIV?

Juntamente com uma transmissão que é biológica, o “ganho” de um vírus propriamente dito, aparece aquela que é a transmissão de uma marca, que não pode ser apagada, e condiciona a estruturação do psiquismo, perpassado pela lei e pela moral. Através da mãe, a criança adquire a marca do vírus, com significações culturais, que o transformam em um tabu indizível, intocável, terrível, fonte de todo mal. A relação que a criança, novo sujeito, estabelece com o HIV, implica em uma repetição do psiquismo dos pais, transmitido pela via da identificação simbólica, num primeiro momento sem possibilidade de elaboração.

Para existir a possibilidade de passar do herdado ao próprio, é necessário um ato criador, no qual o sujeito se inaugura, e conquista aquilo que foi transmitido, aquilo que herdou. Mas como se conquista a condição de ser portador do HIV? Não se trata apenas de vivenciar o que é, e foi, o HIV para os pais e para a família, como um processo identificatório, mas sim de subjetivar a experiência de viver com HIV e construir suas próprias significações.

No entanto, se o indivíduo portador de HIV está reduzido à própria aids, como pode-se ver acima, e se a aids é o indizível – é “aquela doença”, “aquele problema” e ao mesmo tempo aquilo que se deve confessar – carregado de simbolizações negativas, que proporcionam culpa, vergonha, medo, angústia, rejeição, desamparo, o que é transmitindo às crianças? Qual a herança que a cultura lhes dá sobre o HIV? Como seria possível ressignificar e subjetivar, a experiência de viver com HIV, para aquele que carrega o nome indizível? Porque, nesse sentido, o indivíduo mesmo se torna indizível, com dificuldade de representar-se e ressignificar uma história transmitida.

8.3 “Será que ele vai me aceitar?”: a construção de uma fantasia

Em um primeiro momento neste tópico, é essencial lembrarmos que o contexto temporal da revelação do diagnóstico de HIV estudado nesta pesquisa é a adolescência, momento no qual o sujeito passa por vivências intensas específicas desta fase.

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

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

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

Esta é uma situação perceptível com os jovens infetados por transmissão vertical, ainda mais quando se percebem com a necessidade de revelar seu diagnóstico para terceiros. A preocupação constante com o julgamento dos outros, presente nesta etapa da vida, é intensificada quando está em jogo uma doença crônica e com as significações negativas que a aids carrega. A pressão do supereu, em somatória com o conhecimento de ser portador do HIV faz com que o jovem transite por um complexo de inferioridade, o que interfere inclusive nas suas relações sociais.

A crise da adolescência representada pela dificuldade com as palavras e com a apropriação do mal estar sentido, que muitas vezes aparece refletido em aspectos

depressivos, apatia e isolamento, parece influenciar o jovem a decidir guardar o segredo do seu diagnóstico. O HIV significa uma marca narcísica que simboliza um defeito, e diferencia o jovem com HIV de seu grupo. Correr o risco de ser reconhecido com essa marca é extremamente sofrido para o jovem, uma vez que as importantes identificações com o grupo de amigos, nessa fase da vida, dão suporte e segurança.

Vale lembrar que a aids é causadora de uma ferida para além do corpo, para além do real da carne, ela cria uma ferida psíquica, que encerra a ilusão de completude e integridade plena, inerente aos sujeitos. Nesse sentido, exterioriza a posição de um sujeito castrado narcisicamente, que será visto e julgado pelo Outro. A possibilidade de transmissão do HIV, a perda de um corpo sadio, os “erros” para ter contraído o vírus, por exemplo, são situações que colocam o sujeito com suas falhas abertas ao outro. A aids é uma doença que se impõe na relação do sujeito com o outro.

É exatamente por conta dessa exposição de suas marcas de castração que os sujeitos acabam por priorizar pessoas de extrema confiança para interlocutores de seus segredos. Pudemos ver a alta frequência que isso foi mencionado no decorrer das entrevistas. Isso corrobora com as ideias de Maksud (2012), autora que menciona em sua pesquisa que para revelar um segredo, o sujeito avalia o grau de confiabilidade da pessoa a quem irá se revelar. Ela ainda apresenta que os principais motivos para o silenciamento do diagnóstico de HIV são: o estigma em torno do HIV, o medo da rejeição e o medo do preconceito.

É por brotar no sujeito um medo e uma desconfiança da não aceitação do outro que existe a escolha pelo segredo do diagnóstico. Essas preocupações são representadas pelas perguntas repetitivas: “Será que ele vai me aceitar”, “Será que é melhor contar?”, “Como vou contar?” ou “Será que ele vai me deixar quando souber?”.

Assim, constatamos que os sofrimentos ligados à revelação do diagnóstico de HIV nos jovens infectados por transmissão vertical, não se manifestam apenas por se tratar de uma fase difícil como a adolescência, nem apenas por o HIV representar falhas narcísicas do sujeito, mesmo que tenha algo próprio deste vírus que empurre o sujeito com maior facilidade para a angústia, já que ele fica distante socialmente de um lugar fálico. Esses sofrimentos se dão pela vinculação entre as duas coisas, mas por algo mais além: a fantasia fundamental.

Concluído isto, somos capazes de propor alguns esclarecimentos sobre as perguntas: o que se revela por meio da revelação de um diagnóstico que traz em si a marca da herança? Por que os sujeitos se apresentam angustiados na nossa clínica, quando a questão da revelação do HIV urge? O que sustenta a opção pela escolha dos sujeitos de guardar seu HIV como segredo?

Revelar o HIV acaba sendo colocar em cheque a consistência imaginária do eu, relacionada aos ideais narcísicos, e ficar reduzido ao objeto a, perdendo o invólucro que protege o sujeito do real inominável, propiciando o surgimento da angústia. Podemos dizer que a fantasia expressa a relação do sujeito com o objeto a, sem que um se reduza ao outro.

Na angústia, o sujeito perde a fantasia como um articulador possível do real, não conseguindo mais responder de um lugar que marca a hiênca ente o sujeito e o Outro, causando uma pane no sistema. Falta da falta significa a falta da possibilidade simbólica de lidar com o real. Lidamos com a falta o tempo inteiro no cotidiano das nossas vidas. No entanto, a falta em jogo na angústia é de outra ordem.

Perceber a angústia nos pacientes, na clínica psicanalítica, significa assumir que eles não estão conseguindo lidar, naquele momento, com a falta a partir da lógica simbólica falo-castração, e o sujeito está face a face com o real, sem seus recursos simbólicos. O sujeito vai conseguindo driblar a angústia através da fantasia, mas parece haver, necessariamente, o irromper da angústia quando o sujeito se vê submisso ao desejo do Outro, que passa a comandar e gozar dele. Isso pode acontecer quando alguém emite uma ordem de revelação do diagnóstico de HIV ao paciente, por exemplo, como apresentado em uma das vinhetas clínicas, neste texto.

Uma das percepções clínicas que se deu como base para o desenrolar da pesquisa, foi o entendimento de uma maior incidência da angústia na hora de revelar o segredo, isto é, revelar o HIV. Acreditamos que o segredo resguarda uma fantasia, ao mesmo tempo que a fantasia revela uma posição subjetiva, isto significa que, revelar a infecção por esse vírus não se traduz por dar uma notícia, uma informação sua qualquer.

Foi possível depreendermos, tanto das vinhetas clínicas quanto dos discursos dos jovens entrevistados, algumas montagens mais comuns da fantasia, coerentes com a pergunta prevaiente “Será que ele vai me aceitar?”, são elas: os que serão

abandonados quando contam e os que contam para serem abandonados; se você me ama, me aceitará com isso; vou te contar como um ato de amor; transmitirei ao outro o legado da minha miséria.

Essas posições fantasmáticas traduzem uma relação implícita a um Outro, e são cenas que parecem remeter a uma possibilidade de desamparo, ou a uma posição de vítima, sujeito “fonte de todo mal”. Elas incluem a dimensão do desejo e do funcionamento de acordo com um ideal narcísico, no qual o amor aparece acima de tudo: “Só vou contar se eu tiver certeza de que serei amado apesar do HIV”.

É essencial assumirmos que não detemos um saber a priori relacionado à previsão da manifestação da angústia. Percebemos essa manifestação quando ela acontece e surge na clínica psicanalítica. É a partir desse momento que se torna possível uma reflexão sobre a fantasia fundamental em jogo e, consequentemente, sobre a posição do sujeito em relação ao Outro. No entanto, se pensarmos na análise também enquanto um espaço para significantizar a relação do sujeito com o Outro, podemos sustentar que estar em análise pode indicar uma prevenção à algumas manifestações da angústia, a algumas expressões de sofrimento.

Para finalizar, a partir dessas reflexões, concordamos com Chagas (2014), quando afirma que é essencial não nos reduzirmos ao pensamento de que uma melhor saída seria a denúncia do segredo, nem tampouco, garantir que manter esse segredo é a alternativa para a ausência de sofrimento psíquico. O importante neste momento seria, por meio da escuta psicanalítica, propor uma direção do tratamento desses jovens, cuidando do lugar que o segredo encena na subjetividade deles.

8.4 Subjetividade e as possíveis ações do analista

Essa pesquisa nasceu de uma inquietação sentida na clínica psicanalítica, frente a repetição do sofrimento dos pacientes com HIV, relacionado à revelação de seus diagnósticos. Uma pergunta aparecia como base da nossa escuta: como intervir junto a estes pacientes, e como favorecer a construção de novas alternativas para enfrentar o processo da revelação do diagnóstico?

Foi possível sustentar no decorrer desta pesquisa, que cada sujeito vai escrevendo sua história, construindo suas relações e se posicionando frente a possíveis sofrimentos a partir de sua posição subjetiva. A fantasia fundamental, como vimos, faz parte da constituição do sujeito, exerce a função tanto de fazer face a realidade, quanto de ser filtro para a angústia. Portanto, é a fantasia que posicionará o sujeito frente a questão da revelação do diagnóstico, ou da manutenção de seu segredo. Nesse sentido, nos parece que escutar a fantasia na clínica é uma proposta indispensável para cuidar da angústia frente a revelação do diagnóstico de HIV.

Chagas (2014), em seu trabalho sobre a função do segredo entre mulheres que passaram por violência sexual, conclui que, justamente na escuta analítica da função desse segredo, é possível escutar a fantasia, que representa o funcionamento psíquico do sujeito. A autora complementa a esse pensamento, uma ideia de incluir a relevância do tempo na revelação, ou seja, assumir que pode haver um processo de elaboração, mas também a chance de uma formação sintomática. Devemos nos atentar a isso!

A partir disso podemos fazer uma aproximação à nossa clínica, pensando que a dificuldade da revelação, isto é, a repetição de definir o HIV como segredo, tem a função de preservar a fantasia fundamental do sujeito incommunicada, de ela não ser escancarada, mantendo uma máscara na posição do sujeito em relação ao desejo do Outro. Respeitar essa escolha pelo segredo é respeitar que o sujeito tem uma fantasia. Antes de enunciar o segredo, é preciso que o sujeito fale dessa posição, descobrindo significantes que o aprisionem menos, o que pode levar tempo para que a angústia não irrompa abruptamente.

Sobre isso, Chagas (2014) fundamenta habilmente que “as fantasias são construídas a partir da infância muito primitiva, mas somente teremos notícia se o

sujeito falar, endereçando essa fala ao analista. E esta será a única maneira, já que somente o próprio sujeito é quem pode nos dizer de sua própria fantasia.”

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

Para Moretto (2013), a angústia é o afeto que surge, tendo como base a teoria lacaniana, quando não existem significantes para o sujeito, que simbolizem o buraco no real. E, nesse sentido, acabar com a angústia é possibilitar que o sujeito angustiado fale e signifique seu buraco. A autora relata um caso clínico atendido na unidade de internação do Hospital das Clínicas das USP, e aponta que em determinado momento sua intervenção foi devolver para a paciente o que era dela e estava projetando. A autora diz “(...) achei que era importante dizer-lhe que o que ela tinha era angústia e que eu estava ali para escutá-la; eu estava dando espaço para que ela “significantizasse sua angústia”, angústia de morte que chegara aos extremos” (pag. 155).

Essa intervenção levou em conta a história de vida da paciente, que, segundo a autora, pensava em morrer quando se angustia e se angustia quando duvidava do amor do Outro. Em momentos de crise, como aqueles suscitados por uma hospitalização, a paciente poderia transferir para a equipe que cuidava dela sua insegurança e a angústia sentida era manifestada através de comportamentos fantasiosos.

Neste contexto, o manejo clínico foi supor a existência de um sujeito que precisava falar sobre sua angústia, com o intuito desta diminuir, possibilitando que a paciente desenvolvesse recursos para voltar a enfrentar a realidade. A autora ainda escreve que pensou a insegurança da paciente, vivenciada no contato com a equipe multiprofissional, como um desejo de ser salva da sua ideia de morrer.

O meu lugar como analista na clínica com os pacientes que me apresentam a angústia atrelada à comunicação do diagnóstico de HIV ao parceiro amoroso tem sido esse: peço que falem sobre essa angústia, que associem livremente, para que eu também

possa entender qual o lugar que tal angústia ocupa no sintoma e na fantasia fundamental de cada sujeito.

O pilar da clínica psicanalítica dá suporte à fala do sujeito e à escuta do analista. O analista se propõe a escutar a subjetividade, que aparece traduzida no sintoma, na fantasia, na angústia. Essa é uma especificidade da clínica psicanalítica no tratamento dos sujeitos com HIV: a partir de elementos teóricos, criar um dispositivo clínico que leve em conta um sujeito, com suas peculiaridades, e não que ofereça somente um apoio para a revelação do diagnóstico para terceiros.

9. PARA CONCLUIR

A análise é árdua e faz sofrer. Mas, quando se está desmoronando sob o peso das palavras recalcadas, das condutas obrigatórias, das aparências a serem salvas, quando a imagem que se tem de si mesmo torna-se insuportável, o remédio é esse (...). Não mais sentir vergonha de si mesmo é a realização da liberdade (...). Isso é o que uma psicanálise bem conduzida ensina aos que lhe pedem socorro.

Françoise Giroud²⁵

Após termos percorrido um elucidativo caminho sobre a revelação do diagnóstico de HIV, vale lembrarmos, que a presente pesquisa partiu de nossas experiências frente uma trajetória em um serviço público de saúde, quando nos percebemos diante da necessidade de teorizar sobre nossa prática, para podermos voltar à clínica com os pacientes vivendo com HIV, portando novos recursos.

Nesse sentido, acreditamos ser um compromisso ético manter um diálogo com a equipe de saúde do serviço em questão, demonstrando as respostas que obtivemos nesta pesquisa, visando traçar novas propostas para o atendimento à população aqui estudada, sobretudo no que tange a tentativa de cuidar dos sujeitos para que eles possam produzir decisões mais eficazes, frente seus tratamentos. Neste contexto, é essencial destacarmos a importância do manejo delicado entre o tempo de cada sujeito e a necessidade da revelação, sem que a obrigatoriedade da prevenção se sobreponha à subjetividade.

Enquanto uma trajetória que também implica a prática psicanalítica, nos preocupamos em continuar sustentando um lugar que diz respeito à resposta do psicanalista no âmbito institucional, como membro da equipe de saúde. Para isso, sem dúvida, fez-se necessária a compreensão dos processos psíquicos envolvidos na tomada de decisão sobre a revelação do diagnóstico.

Consideramos que o paradigma da subjetividade, sustentado pela clínica

²⁵ Giroud, Harry Le Nouvel Observateur, 1610, 14-20 setembro, 1995.

psicanalítica, se apresenta como uma alternativa competente para resolver uma problemática ainda muito incompreendida em serviços de saúde especializados no tratamento da aids. A escuta atenta da angústia e da fantasia do sujeito pode significar um primeiro passo para ajudar o paciente a decifrar seu sofrimento. Neste cenário, é imprescindível um bom diálogo entre os profissionais de saúde, para que consigam falar uma mesma língua frente o projeto de tratamento do paciente.

Foi possível atingirmos os objetivos propostos no instante inicial desta pesquisa, encontrando caminhos e saídas para as nossas inquietações sobre como se daria a experiência de revelação do diagnóstico de HIV/aids em pacientes jovens adultos com HIV adquirido por transmissão vertical. Conseguimos estabelecer uma articulação pertinente entre o afeto da angústia percebido e a exposição da fantasia do sujeito, a partir da revelação do segredo HIV. E, além disso, a partir dos discursos dos entrevistados, pudemos ilustrar a influência do primeiro tempo da revelação do diagnóstico sobre a revelação para terceiros.

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

Vale a pena expor neste momento, uma ideia que oferece um fechamento a esta questão da revelação. Julgamos que, em razão da explicação aqui construída sobre a ligação entre segredo, fantasia e angústia, a problemática da revelação do diagnóstico pode ser representativa de outros tipos de revelação.

A irrupção da angústia sentida pelo sujeito, mencionada nesta pesquisa, pode se dar em outros contextos que envolvam a dialética do contar ou não contar, como por exemplo a revelação de uma adoção, a revelação da vivência de uma violência sexual, ou até a revelação da homossexualidade.

Nesse sentido, a argumentação teórica aqui apresentada que possibilitou uma ampliação do escopo da teoria psicanalítica sobre o tema, pode ajudar profissionais da área da saúde que se deparem com essas temáticas na clínica e se percebam diante de

um pedido de ajuda do sujeito, que necessita de cuidado em relação ao seu sofrimento psíquico. Assim, contribui-se aqui com a possibilidade de construção de novas práticas em saúde junto às equipes especializadas, com foco na subjetividade, que se dediquem a amenizar os impactos psíquicos negativos, consequentes da revelação de uma marca.

Uma proposta possível de nova prática de saúde, levando em conta o que foi exposto sobre a influência entre os “conselhos de mãe” e a revelação do diagnóstico para terceiros, é oferecer um espaço de escuta para os pais e cuidadores dos jovens com infecção do HIV por transmissão vertical. Essa prática teria o objetivo de compreender os significados construídos por eles em relação aos seus HIVs e disponibilizar um tempo de ressignificação de suas fantasias em relação a aids, o que pode ter direta relação com amenizar os sofrimentos dos jovens ligados a revelação de suas marcas.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁶

- Aberastury, A. (1991). *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bacchini, A. M. et al. (2012). Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, 44(2).
- Barreto, M.M.M. (2011). As formas de transmissão do HIV determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 146f.
- Borges, J.M.C. (2009). Infância atingida: os efeitos do diagnóstico de HIV na subjetividade materna e suas implicações para a criança vivendo com hiv/aids. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 216f.
- Borges, J.M.C.; Pinto, J.A.; Ricas, J. (2009). Mães e crianças vivendo com hiv/aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade. *Estudos de Psicanálise*, Aracaju, 32, 71-80.
- Brito, A. M., Sousa, J. L., Luna, C. F., Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Supl), 18-22.
- Brunhari, M.V. & Moretto, M. L. T. (2013). A clínica do ato suicida: uma articulação entre a Psicanálise e os Serviços de Urgência e Emergência. Mesa Redonda. VII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Belo Horizonte.
- Carreira, A.F. (2009). Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicologia USP*, 20(2), 157-172.
- Cavallari, C. (1997). O Impacto da Comunicação do Diagnóstico HIV Positivo: A Ruptura de Campo Diante da Soropositividade. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Cedaro, J.J. (2005). A Ferida na Alma: os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico. Tese de Doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Chagas, L.F. (2014) Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cruz, E. F. (2007). Infâncias, adolescências e AIDLuna Educação em Revista, Belo Horizonte, 46, 363-384.

²⁶ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Dias, M.M. (2002). AID\$. Rev. Impulso, 32, 175-180.

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Dunker, C.I.L. (2006) A função terapêutica do real: trauma, ato e fantasia. Pulsional – Revista de Psicanálise, São Paulo, ano XIX, 186, 15-24.

Dunker, C. (2013). Uma aula clínica. Prefácio. In: Moretto, M.L.T. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dunker, C.I.L. (2011). Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In Ramirez, RonyRonyA., Assadi, T.C., Dunker, C.I.L. (Orgs.) A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise. São Paulo: Annablume. 270 p.

Freud, S. (1912-1913/2012). Totem e Tabu (1913). In Obras Completas. V. 11. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1892-99/1950). Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. I, 1977.

Freud, S. (1905/1969). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol VII, 1972.

Freud, S. (1906/1969). Minha visão sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses" In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol VII, 1972.

Freud, S. (1907/1969). Delírios e sonhos na *Gradiva* de Jensen. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol IX, 1976.

Freud, S. (1908/1969). Escritores Criativos e Devaneio. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol IX, 1976.

Freud, S. (1908/1969). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol IX, 1976.

Freud, S. (1908/1969). Sobre as teorias sexuais da criança. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol IX, 1976.

Freud, S. (1909/1969). Romances Familiares. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol IX, 1976.

Freud, S. (1926/1976). Inibição, Sintoma e Angústia. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. vol XX, 1976.

Freud, S. (1911/2010). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, vol 10, 2010.

Freud, S. (1917/2014). Conferência XXIII: Os Caminhos da Formação dos Sintomas. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, vol 13, 2014.

Freud, S. (1919/2010). Batem numa criança: contribuição a conhecimento da gênese das perversões sexuais. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, vol 14, 2010.

Freud, S. (1921/2010). Psicologia das Massas e Análise do Eu. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, vol 18, 2010.

Figueiredo, L. C. M.; Santi, P. L. R. (2010) Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência. São Paulo: EDUC.

Gutierrez, E. B. (2004). Impasses na assistência ao paciente com HIV/aids. Diagnóstico e Tratamento, 9(3), 113-119.

Hartmann, I.B. & Schestatsky, S. (2011). Transmissão do psiquismo entre as gerações. Revista Brasileira de Psicoterapia, 13(2), 92-114.

Jorge, M.A.C. (2007). Angústia e Castração. Reverso, Belo Horizonte, 29(54).

Jorge, M.A.C. (2010). Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol 2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar.

Kaufmann, P. (1996). Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Zahar.

Kehl, M. R. (2002). Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras.

Lacan, J. (1945) O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 197-213.

Lacan, J. (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 591-652.

Lacan, J. (1959-60). O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro:

Zahar, 2008.

Lacan, J. (1962-63) O Seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967) Vocabulário da Psicanálise. 6ed. São Paulo: Martins fontes.

Loffredo, A.M. (2012). Anotações sobre a leitura freudiana da angústia. Tempo psicanal. Rio de Janeiro, 44(1).

Maksud, I. (2012). Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 6, p. 1196-1204.

Marques, H. H. S. et al . (2006). A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(3).

Mannoni, M. (1983). A criança, sua “doença” e os outros. Tradução de A. C. Villaça. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 254 p.

Matida, L. H. et al. (2010). Relatório do Projeto de Pesquisa: Avaliação da Transmissão Vertical do HIV no Estado de São Paulo, Brasil; 32p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-aids>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2011). Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano 8, n. 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2012). Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano I, n. 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília. p. 46.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2013). Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Brasília : Ministério da Saúde. 116 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. (2004). Guia de bolso. 4 ed. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. (2009). Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso. 200 p.

Moretto, M. L. T. (2013). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nasio, J.-D. (2011) Como agir com um adolescente difícil?: um livro para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Zahar.

Oliveira, V.Z. & Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. Estudos de Psicologia, Natal, 9(3), 459-469.

Paiva, V. et al. (2011). A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. Ciência & Saúde Coletiva; 16(10), 4199-4210.

Parker, R. (1994). A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA:IMS/UERHermione

Paula, C. C. et al. (2011). O (não)dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 64(4).

Quinet, A. (2012). Os Outros em Lacan. Rio de Janeiro: Zahar.

Rassial, J.-J. (1999). O adolescente e o psicanalista. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Reis, R.K. (2004). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo- sexual de portadores do HIV. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Riberão Preto. Universidade de São Paulo. Riberão Preto. 142f.

Seganfredo, M. (2007) A Fantasia na Clínica Psicanalítica – Travessia e Mais além. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília.

Seidl, E. M. F. et al. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 21(3).

Silva, F.C.F. et al. (2010). Os Herdeiros da AIDS: compreensão da condição sorológica de adolescentes infectados por transmissão vertical. Revista de Psicologia de Imed, 2(1), 318-326.

Silva, N.E.K. et al. (2002). Limites do trabalho profissional: estudo de caso dos centros de referencia para DST/Aids. In Revista de Saúde Publica, 36, (4) supl.

Silva, N.E.K. & Ayres, J.R.C.M. (2009). Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8).

Spinardi, J.R., et al. (2008). Adolescer com HIV: Saber, conhecer e conviver. Adolescência & Saúde; 02(V), 7-14.

Simbayi, L. C. et al. (2007). Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. Sex. Transm. Inf., 83, 29-34.

Strachey, J. (1926/1976). Introdução. In: Freud, *Luna Inibição, Sintoma e Angústia*. Obras completas, v. XX (pp. 95-105). Imago, Rio de Janeiro.

Toledo, M. R. (2003). A fantasia e suas implicações na clínica psicanalítica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 93f.

Versiani, E.R. (2001). A realidade "ora-psíquica-ora-material" em Freud. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(1), 131-144. Retrieved September 16, 2014.

Xavier et al. (2013). Características de jovens vivendo com HIV/aids no momento da transferência do cuidado médico Pediátrico para o de Adultos em um Hospital Universitário. Poster. XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia. Fortaleza.

ANEXO A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1) Primeiro, eu gostaria de conhecer um pouco sobre você, sua vida. Fale-me um pouco sobre isso. (O que faz da vida, moradia, família, amigos, namoros)
- 2) Conte-me quando e como foi feita a revelação do seu diagnóstico de HIV. Por quem?
- 3) Fale sobre como foi pra você saber que tinha HIV.
- 4) E hoje em dia, o que você acha de ter HIV?
- 5) Conte-me como tem sido viver com HIV.
- 6) Você já contou seu diagnóstico de HIV para algum de seus namorados, ou “ficantes”?
- 7) Conte-me as histórias dos momentos que você revelou.
- 8) O que você acha que influenciou sua decisão de contar?
- 9) Conte-me como foi a reação do seu parceiro. Era essa a sua expectativa?
- 10) Existiram relações nas quais você preferiu não contar seu diagnóstico de HIV?
- 11) O que você pensava sobre isso?
- 12) O que você acha que influenciou sua decisão de não contar?
- 13) Qual sentimento você acha que está envolvido na decisão de revelar o diagnóstico?
- 14) Você teve ajuda de algum profissional de saúde na decisão de contar ou não seu diagnóstico? Relate como ele ajudou.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº:
APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL

LEGAL:
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº:
APTO:
BAIRRO:
CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: A experiência da revelação do diagnóstico de HIV na parceria afetiva em jovens vivendo com HIV/aids por transmissão vertical

PESQUISADOR : Mayra Moreira Xavier

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 06/89523

UNIDADE DO HCFMUSP: 715569

AValiação DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

DURAÇÃO DA PESQUISA: Dois anos

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

- 1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa investigar de que maneira adolescentes e jovens adultos vivendo com HIV, adquirido por transmissão vertical, revelam seu diagnóstico de HIV em parcerias afetivas-sexuais. A transmissão vertical do HIV é aquela que acontece quando a mãe transmite o vírus HIV para seu filho, que pode ser infectado durante a gestação (transmissão para o feto no útero), durante o parto (transmissão pelo sangue materno), ou durante a amamentação (transmissão através do leite materno),
- 2 – Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com jovens portadores do HIV que foi transmitido pela mãe, de um ambulatório especializado em HIV/aids. As entrevistas tem o propósito de conhecer como é a experiência da revelação do diagnóstico de HIV, em parcerias afetivas-sexuais, para jovens com o HIV, transmitido pela mãe. Estas entrevistas serão gravadas e transcritas, para depois serem analisadas.
- 3 – Trata-se de um estudo qualitativo que visa colher informações que permitam um melhor conhecimento sobre a dinâmica do processo de revelação do diagnóstico de HIV na parceria afetiva-sexual, dando ênfase às características envolvidas que dificultam tal revelação. Essas informações, por sua vez, são necessárias para a escuta dos sentimentos e das dificuldades ligadas ao momento de tal revelação.
- 4 – Existem riscos mínimos, de ordem emocional, relacionados à sua participação. Se houver qualquer repercussão emocional relacionada a esta experiência, a pesquisadora se colocará a sua disposição para ajudá-lo.
- 5 – Não há benefício direto nenhum relacionado à sua participação. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício futuro.
- 6 – Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a Psicóloga Mayra Moreira Xavier, que pode ser encontrada no endereço Instituto de Infectologia Emílio Ribas: Av. Doutor Arnaldo, 165, Sala da Reabilitação, São Paulo – SP - Telefone: (11) 3896-1200 ramais 1431 ou 1379. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 - E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento, a qualquer momento, e de

deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo a você em sua relação com a pesquisadora ou em seu tratamento no Serviço em questão.

8 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

9 – Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

10 – Você poderá obter informação sobre andamento e resultados da pesquisa a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora.

11 – Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

12 – Há o compromisso de o pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A experiência da revelação do diagnóstico de HIV na parceria afetiva em jovens vivendo com HIV/aids por transmissão vertical”.

Eu discuti com a psicóloga Mayra Moreira Xavier sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO C

ENTREVISTAS

Harry, 21 anos

Entrevistadora: Bom Harry, primeiro eu gostaria de saber um pouquinho sobre você, sua vida... me conta um pouquinho disso. O que você faz da vida, com quem você mora, sua família, amigos, namoro...

Harry: Bom, eu tenho 21 anos, moro com a minha mãe e minha irmã, trabalho de telemarketing no momento, solteiro, gosto de balada, essas coisas... Sou bem animado.

Entrevistadora: Você sai bastante?

Harry: Sim.

Entrevistadora: Você trabalha durante o dia?

Harry: Isso. Das duas da tarde até as oito da noite.

Entrevistadora: E você tem estudado ou já acabou os estudos?

Harry: Já acabei os estudos. No momento eu pretendo começar a fazer curso.

Entrevistadora: Curso do que?

Harry: Informática, já que eu mexo no meio do computador, trabalho diretamente com computador, informática pra mim vai ser importante.

Entrevistadora: Você quer um curso técnico, tecnologia da informação, algo assim...

Harry: Pretendo fazer completo. Ele fisicamente e também tecnicamente, aprender a mexer totalmente.

Entrevistadora: Você gosta disso?

Harry: Gosto.

Entrevistadora: Tá... Bom, me conta um pouquinho como foi feita a revelação do seu diagnóstico de HIV. E por quem. Como você recebeu essa notícia?

Harry: Foi pela minha mãe. No começo eu perguntava porque eu tomava remédio e ela ficava inventando historinhas. Aí quando eu atingi a idade que ela achava que eu entendia, ela me contou o verdadeiro motivo.

Entrevistadora: Mas nessa época que você perguntava porque tomava remédio, ela te respondia o que?

Harry: Falava que era vitamina. Sempre vitamina.

Entrevistadora: Você desconfiava de alguma coisa?

Harry: Não. Eu sempre acreditei que era vitamina.

Entrevistadora: E aí com que idade você soube?

Harry: 14 anos.

Entrevistadora: E como foi receber essa notícia?

Harry: Ah... sei lá... No momento eu fiquei confuso e tal. Aí perguntei se eu ia ter que tomar remédio pra sempre. E ela disse que provavelmente sim. Achei estranho.

Entrevistadora: Você sabia o que era o HIV? Você já tinha ouvido falar?

Harry: Já, na escola.

Entrevistadora: Você tinha um conhecimento mais da biologia do HIV?

Harry: Sim. Aí da aquele medo né, pelo que você ouve na escola... O preconceito.

Entrevistadora: Mas você ouvia coisas ruins na escola?

Harry: Então, no momento que era tratado na escola era tratado assim... você via dos alunos muito preconceito. Aí quando minha mãe me contou o que tinha deu aquele medo.

Entrevistadora: Mas era medo do que?

Harry: De acabarem descobrindo, sei lá... Me tratarem diferente.

Entrevistadora: Das outras pessoas?

Harry: Isso.

Entrevistadora: E como foi que ela te contou? Você lembra?

Harry: A gente sentou, começou a conversar e ela disse: Você quer saber mesmo porque você toma? Eu falei que sim. Aí ela começou a contar. E foi assim. Falou que não sabia de quem tinha pegado também, que achava que até do meu pai.

Entrevistadora: Então, nesse momento ela contou que ela tinha? Foi junto?

Harry: Sim, foi junto. E no momento eu fiquei assustado, mas depois eu comecei a aceitar, entender.

Entrevistadora: E como foi essa aceitação?

Harry: Foi com o tempo, né. Teve momentos que eu queria largar de mão. Não aguentava mais tomar remédio. Aí muita conversa com ela. Voltava e ficava mais tranquilo e aceitava de boa de novo. Hoje em dia eu já sou acostumado, nem ligo mais.

Entrevistadora: Nessa época ela estava presente com você, ela te ajudou? Você sentiu que ela te ajudou a lidar com a situação?

Harry: Sim, sempre.

Entrevistadora: Bom, você já me respondeu um pouquinho essa que é: Fale sobre como foi pra você saber que tinha HIV... E hoje em dia. O que você acha de ter HIV?

Harry: É, não é bom. Mas já aceitei, como eu falei, depois de tanto tempo você acaba aceitando, se acostumando com a situação.

Entrevistadora: E não é bom em que sentido?

Harry: Os medicamentos, ainda tem o preconceito. Pelo simples fato de se você ficar sem tomar seu remédio algumas vezes, você vai acabar doente. Isso é ruim.

Entrevistadora: Conte-me como tem sido viver com o HIV, desde que você soube.

Harry: De lá pra cá tem sido naquelas... Normal. Como eu falei, tem momentos que bate a revolta, não quer mais tomar os remédios, porque não aguenta mais. Mas tem sido normal. Eu cheguei a ficar internado algumas vezes, por algumas doenças aí.

Entrevistadora: Mas você internou pelo que? O que tinha acontecido?

Harry: Então, o nome era bem estranho. Eu sei que era um fungo que eu tive no baço e pra descobrir isso foi um mês e pouco eu internado. Era exame todo dia, todo dia. De sangue. Meus braços chegaram a ficar roxos. Por acidente de uma tomografia eles visualizaram o fungo. Aí começou o tratamento certo.

Entrevistadora: Mas você acha que a pior parte de viver é essa? São as doenças?

Harry: Sim, as doenças, os medicamentos todo dia. A quantidade deles.

Entrevistadora: Hoje você toma muita coisa, ou não?

Harry: Eu tomo, deixa eu ver... Eu tomo seis comprimidos no almoço e sete na janta. Pra mim é bastante.

Entrevistadora: Você já contou seu diagnóstico de HIV pra namorado/a, ficante, essas coisas?

Harry: Nunca contei.

Entrevistadora: E o que você acha que influenciou nessa sua decisão de não contar?

Harry: Ah. Não sei. No momento que você está com a pessoa até pensa: será que eu conto, ou não conto. Mas no meio da indecisão você acaba não contando mesmo. Ah... Eu acho que pra deixar a pessoa mais a vontade comigo. Porque querendo ou não, se você contar, a outra pessoa também vai ficar assustada com o que pode acontecer.

Entrevistadora: Você acha que a pessoa ficaria assustada? Por que?

Harry: Eu acho que sim. E talvez nem queira mais a relação. Ah... Medo de se infectar. A camisinha pode estourar. Aí a pessoa acaba ficando assustada sim.

Entrevistadora: Você já soube de alguma situação em que a pessoa ficou assustada em saber do diagnóstico?

Harry: Sim.

Entrevistadora: Como foi isso?

Harry: Numa conversa com uma amiga uma vez. Ela não sabia que eu tinha, que eu tenho, não sabe até hoje. Aí ela me contou essa experiência. Ela disse que ficou com muito medo e tal, foi no dia seguinte no médico já, fez exame e tudo, mas não tinha dado nada pra ela. Ele contou pra ela depois do acontecido. Eles foram, a camisinha estourou, aí ele contou. Ela disse que ficou com muito medo. Desesperada mesmo. Ela disse que se soubesse antes, talvez nem teria ido com ele.

Entrevistadora: Então de algum jeito você já pensou em contar, mas você tem esse medo?

Harry: Sim.

Entrevistadora: Já chegou a quase contar?

Harry: Não. Nunca cheguei nem no quase. Eu prefiro ficar no segredo mesmo.

Entrevistadora: Mas você acha que tem algum momento certo pra contar?

Harry: Tem. Depois que você vê que está há bastante tempo com a pessoa. A pessoa confia em você do mesmo jeito que você confia nela, aí eu acho que é a hora certa de contar. Mas que nem eu, tenho só lances. Meus relacionamentos mais longos são de uma semana no máximo. Aí eu acho que não é a hora pra contar.

Entrevistadora: Você acha então que em uma ficada, ou um relacionamento curto, não precisa?

Harry: Não é necessário. Valeria a pena em um relacionamento mais longo.

Entrevistadora: Qual você acha que é o sentimento que está envolvido na decisão de revelar ou não o diagnóstico?

Harry: Nossa!... Medo, frustração. Acho que é isso.

Entrevistadora: E medo do que?

Harry: Daquilo que eu te falei. Da pessoa acabar se assustando e não querendo mais nada com você. Te tratar diferente depois, e aí...

Entrevistadora: E a frustração?

Harry: Aquela adrenalina do conta ou não conta, a pessoa está ali, vocês estão conversando e as vezes entra no assunto e aí fica naquelas. Aí você acaba... Será que eu conto, ou não conto?

Entrevistadora: Mas você acha que pode ficar frustrado com o que?

Harry: Com a reação da pessoa. Acho que é capaz dela me magoar.

Entrevistadora: Você acha que a reação mais esperada por você é essa?

Harry: Acho que sim.

Entrevistadora: Em algum momento você imagina que a pessoa vai querer ficar do seu lado? Ou não, é difícil?

Harry: Eu acho meio difícil. Não sei porque, mas eu acho que é meio difícil.

Entrevistadora: Bom, pensando que você nunca revelou pra uma pessoa assim em uma relação afetiva, você já revelou pra outra pessoa? Um amigo, um parente?

Harry: Minha família inteira sabe.

Entrevistadora: Mas elas sabem por você ou pela sua mãe?

Harry: Pelos dois. Porque tem parentes que não moram próximos que acabam sabendo por mim. Os mais próximos já sabiam pela minha mãe, desde pequeno me acompanhando. Agora, fora da família ninguém.

Entrevistadora: Então, para quem você contou, é familiar?

Harry: Familiar só.

Entrevistadora: Como foi contar para um familiar? Quem é esse familiar?

Harry: Ah... Primos, tios. Eles aceitaram de boa. Aceitaram não contar pra ninguém de fora. Pra ficar só entre família mesmo. E foi isso.

Entrevistadora: E você lembra de um dia que você contou?

Harry: Lembro quando contei pro meu primo. A gente estava conversando e ele viu eu tomando os medicamentos e aí ele perguntou. Aí eu acabei contando pra ele. Ele meio que ficou confuso na hora. E eu falei pra ele que mais pra frente ele ia entender melhor. Ele tinha 14/15 anos também. Ele está estudando agora. Agora ele entende melhor. Mas tá naquelas... Ele nunca contou pra ninguém, segredo de família.

Entrevistadora: Mas como foi pra você contar pra ele?

Harry: Pra ele foi de boa porque ele é da família e você tem mais confiança, que nem eu falei. Agora pra outro de fora eu não consigo contar. Tem meninos que eu ando desde a quinta série, a gente vai pro rolê junto, eles dormem em casa de boa, mas eu não tomo remédio, eu prefiro tomar escondido. Nunca comentei nada com eles sobre isso. Fica total segredo meu.

Entrevistadora: E quando você fala "eu não consigo contar" quer dizer que você queria e não consegue, ou não?

Harry: Não quero mesmo. Eu não entro em detalhes mesmo. Isso é coisa minha.

Entrevistadora: E você quer manter esse segredo?

Harry: Sim.

Entrevistadora: Nessa decisão de contar ou não o diagnóstico, você já teve ajuda de algum profissional de saúde pra construir essa decisão? Alguém que te falou conta ou não conta?

Harry: Não.

Entrevistadora: A sua mãe quando te falou, disse conta ou não conta, ou pra tais pessoas você pode contar e pra outras não?

Harry: Ela falou pra mim: vai de você querer contar ou não daqui pra frente agora. Mas ela falou que achava melhor eu contar pra alguém que eu confio bastante. Aí eu trago isso até hoje só.

Entrevistadora: E você me falou que no relacionamento afetivo você tem medo da pessoa não aceitar e ir embora, e você sair magoado.

Harry: Sim.

Entrevistadora: E com seus amigos, o que você imagina que pode acontecer se você contar? Por exemplo esses seus amigos que saem com você desde a quinta série.

Harry: Não sei... Talvez eles fiquem com pena de mim, dó. Querer se afastar um pouco, já não ser aquela mesma coisa que é. Beber do mesmo copo, essas coisas. Eles veem até uma atenção diferente em mim, eu acho isso. A gente sai, bebe do mesmo copo... Tá ali sempre junto e tal.

Entrevistadora: Mas você acha que eles teriam preconceito?

Harry: Talvez um pouco, porque tipo, no meio de tantas conversas, já falamos sobre HIV e pelo que eu percebi deles, eles têm um pouco sim. Aí eu sempre ficava na minha, nunca contei.

Entrevistadora: Nem pra eles você tem vontade de contar?

Harry: Não.

Entrevistadora: Bom, é isso. Tem mais alguma coisa que você queira falar, tem alguma pergunta que você queira fazer?

Harry: Acho que não... Sei lá... Você acha que eu estou certo em não contar?

Entrevistadora: Eu acho que talvez isso seja importante de você pensar. Aqui na verdade tem um monte de perguntas que mobilizam pensar. Se em algum momento você quiser cuidar dessas coisas e pensar comigo, eu estou super a sua disposição. Mas aí não é uma pesquisa, é uma outra coisa, um outro cuidado.

Harry: Entendi... Se fosse você no meu lugar, você contaria?

Entrevistadora: Eu acho que depende de muitas coisas. Depende da relação que você tem, depende de como você lida com o HIV, depende de como você olha pra você mesmo.

Harry: Sim.

Entrevistadora: Depende das fantasias que você cria na sua cabeça.

Harry: É confuso! É complicado mesmo!

Entrevistadora: O que você acha que é confuso?

Harry: Isso tudo. Você tem que pensar em tanta coisa que você acaba falando: ah é melhor deixar do jeito que está. É menos complicado você não contar do que pensar em tudo isso pra contar.

Entrevistadora: Mas o que é complicado em contar?

Harry: É começar tudo do início, contar sua vida e tal. Aí contar a doença pra pessoa. A pessoa já sabe como é... É complicado. Até você chegar no momento "hoje vou contar" você vai pensar em tanta coisa, vai criar tantos momentos. Você vai criar momentos a pessoa vai entender de boa, mas você vai criar aqueles momentos que a pessoa pode não entender. Ela pode querer se afastar e tal, você acaba perdendo uma amizade.

Entrevistadora: Mas a primeira coisa que vem na sua cabeça é nesse sentido, que você vai perder alguém?

Harry: É, não sei porque, mas sempre vem isso primeiro.

Entrevistadora: Você tem uma hipótese de por que vem isso primeiro?

Harry: Não.

Entrevistadora: Porque em nenhum momento você me falou que dava pra contar pra fulano porque você confia nele, ele vai te aceitar.

Harry: Não sei porque... Tipo, não consigo... Quando estou lá com a pessoa não consigo nem pensar nisso. Eu tô lá na balada, tô lá conversando com os amigos, eu prefiro até esquecer. Aí depois volta a rotina de novo.

Entrevistadora: Você falou que é uma decisão complicada de tomar. É complicada principalmente porque?

Harry: Boa pergunta! Talvez seja isso, de criar tantos momentos na sua cabeça e acaba ficando tão confuso que você pensa: ah acho que é melhor o silêncio mesmo. Guardar pra mim e deixar do jeito que está seguindo.

Entrevistadora: Você acha que é difícil lidar com essa confusão?

Harry: Sim... Quem sabe mais pra frente, quando eu estiver namorando, um relacionamento mais longo com uma menina, aí sim. Aí eu vou ter que contar pra ela de todo jeito, mesmo porque ela vai precisar saber.

Entrevistadora: E por que você teria que contar pra ela, você acha?

Harry: Ah... Nós íamos ter mais relações sexuais, mais de uma vez, e tal. Mais cedo ou mais tarde a camisinha pode estourar, então é melhor ela já ficar sabendo dos riscos que ela está correndo. Aí achou eu vale a pena contar.

Entrevistadora: Mas você acha que contaria principalmente por conta do sexo?

Harry: Sim. Seria o principal motivo. Acho que é isso.

Entrevistadora: Tá bom. Muito obrigada, viu?!

Hermione, 18 anos

Entrevistadora: Bom, primeiro eu queria saber um pouquinho sobre você... o que você faz, família, com quem você mora, se você estuda, trabalha, tem namorado, ou não, como é...

Hermione: Então, eu moro com a minha mãe, meu padrasto e minha irmã. E namoro, vai fazer um ano agora em maio. Ele não sabe. E eu trabalho sim, vou passar, tô na experiência, vai acabar agora dia 17. Trabalho na auditoria de um shopping. Moro em Cajamar e trabalho em Itupeva. Um pouquinho mais longe... Já terminei meus estudos. Estou com 18 anos, vou fazer 19 agora em agosto. Vou começar a fazer minha faculdade o ano que vem, também. Vou começar a fazer Publicidade em Jundiaí mesmo.

Entrevistadora: E você quer trabalhar com o que na Publicidade? Você já sabe, não?

Hermione: Não. Ainda não. Porque tem varias áreas né. Ainda não. Só sei que é Publicidade mesmo. Deixa eu ver que mais...

Entrevistadora: Mais alguma coisa da sua vida? O que você gosta de fazer?

Hermione: Eu gosto de sair muito. Sempre que posso eu saio, com meu namorado com minhas amigas, com minha família. Deixa eu ver... Gosto de ler também, gosto de ir no cinema, gosto de curtir uma pipoquinha em casa com a família, com o namorado. Vou na Igreja, sou evangélica.

Entrevistadora: Bom, eu vou entrar mais diretamente no assunto. Eu queria que você me contasse um pouco como foi feita sua revelação do diagnóstico de HIV, pra você. E por quem que foi feita.

Hermione: Então, foi minha mãe que me contou, quando eu era pequena ainda. Só que pra te falar a verdade eu não lembro que idade eu tinha. Eu peguei da minha mãe, ela pegou do meu pai. E eu tenho desde que eu nasci. E eu não lembro que idade que eu tinha, creio eu que era pequena, pelo fato de eu não lembrar. Mas eu lembro que eu tinha dúvidas de por que eu tomava remédio. Eu lembro que eu perguntava pra ela porque eu tomava e tal. No começo ela não falava, eu lembro que ela não falava.

Entrevistadora: Mas ela respondia alguma coisa, ou ela desconversava?

Hermione: Ela falava que eu precisava tomar, que era proteína pro corpo. Isso eu tinha uns 7/8 anos. Disso eu lembro. Aí depois eu fui começando a ficar um pouco mais velha, uns 11/12 anos que eu fui começando a entender mais, foi que ela comentou que eu tinha uma doença e foi falando. Ela sempre teclava na mesma tecla de que eu não podia contar pra ninguém. Ninguém podia ficar sabendo, nenhum amiguinho nenhum familiar, nada. Aí foi aí que ela falou. Depois, com meus 16/17 anos foi que eu fui correr atrás pra saber o que que era.

Entrevistadora: Mas nessa época com 12 ela te contou que era o HIV, mas você ainda não entendia bem?

Hermione: Não, não entendia, praticamente quase nada. Só entendia que eu não podia contar pra ninguém, não podia comentar com ninguém, era só lá em casa e acabou. Ela falava que era uma doença, que era assim assim assado, só que não fazia muita importância. Eu estava tão acostumada a tomar remédio, que aquilo pra mim... Aí depois, com o passar do tempo eu fui ficando mais curiosa pra saber o que que era e eu fui pesquisando, perguntando pra ela. Perguntava pros médicos quando eu ia sozinha no hospital. Aí foi que eu fui saber direitinho o que que era. O que eu não podia fazer, o que eu podia. Pra quem eu podia falar, pra quem eu não podia.

Entrevistadora: Isso você tinha uns 16 então. Até aí você sabia que tinha alguma coisa, mas não sabia exatamente o que era?

Hermione: Isso. Não, não. Aí só depois.

Entrevistadora: E mudou, entender melhor o que era?

Hermione: Mudou bastante. Muito!

Entrevistadora: Mudou o que?

Hermione: Em relação a... Comigo mesma. Eu conhecer meu corpo, conhecer o que eu tenho. E saber confiar pra quem eu posso contar, porque eu sei agora que é uma coisa séria, mas por ser indetectável é uma coisa que eu posso viver um pouco melhor e posso viver sabendo que outras pessoas também sabe... pelo fato de eu não ser doente,

de não estar tão aparente isso. Em relação aos meus remédios também, que agora eu sei que é importante, muito importante tomar. Que antes, quando eu era mais novinha, eu não dava tanta importância, eu não tomava certinho, não dava tanta importância como eu dô hoje. E agora que eu sei basicamente o que é mesmo, eu dô muito mais importância.

Entrevistadora: Você acha que a informação do que é, de como age no seu corpo, ajudou?

Hermione: Ajudou muito, muito! E agora realmente, tenho outra mente em relação ao que eu tinha antes.

Entrevistadora: E você falou que ela falava pra você não contar pra ninguém, que era um segredo, você respeitou isso?

Hermione: Respeitei. Até hoje. Eu tinha medo. Ela me deixava com medo de contar pra alguém, sinceramente. Que ela falava: você não pode contar! Porque se não o pessoal não vai mais querer falar com você. Eles vão ficar com medo de chegar perto de você. Você não pode contar porque tem gente muito ignorante, muito preconceituosa. Não pode contar. Eu falava, tudo bem, não vou contar. Ainda hoje eu percebo que eu não posso contar pra certas pessoas, que são pessoas realmente ignorantes. Mas eu já vejo, pelo fato de eu saber mais da doença, eu já vejo que é uma coisa séria, mas que eu posso compartilhar com pessoas que eu vejo que vai entender o que eu tenho.

Entrevistadora: Acho que é um pouquinho disso que eu quero saber, mais especificamente. Vou continuar aqui seguindo. Me conta um pouquinho como foi pra você saber que tinha HIV.

Hermione: No momento, como eu te disse, por eu não conhecer muito, pra mim era uma doença que eu tinha e que só que eu tinha que tomar remédio, pro resto a vida. Só. Depois quando eu fui sabendo mais o que que era, sinceramente, eu fiquei preocupada, muito preocupada. Porque o meu medo até hoje é de até quando eu vou conseguir viver, bem, pelo menos. E eu fiquei... Depois que eu comecei a entender mais um pouco, eu sinceramente comecei a ficar preocupada. Preocupada pelo fato de eu saber que é uma doença que não tem cura e que tem pessoas que morrem cedo, cedo assim, dependendo, lá pelos seus 40/30 anos, no máximo. E ainda hoje eu sinto medo.

Entrevistadora: Isso eu queria saber também. Hoje em dia como é. Você acha que mudou alguma coisa de quando você soube? O que você acha?

Hermione: Hoje eu ainda tenho medo. Tenho mais medo porque eu entendo mais. Eu tenho medo em relação a minha família, em relação ao meu namorado, aos meus amigos. De eles não saberem, de eu não contar e de não saber até quando eu vou viver. Ou até quando eu vou viver bem, não vou começar a ter doença, nada do tipo.

Entrevistadora: Você acha que esse medo é mais específico em relação ao que?

Hermione: Até quando eu vou viver. Até quando eu vou viver bem pelo menos, sem doença nenhuma.

Entrevistadora: Agora me conta um pouquinho como tem sido viver com HIV.

Hermione: Olha, pra falar a verdade é normal pra mim. É normal porque eu tomo quatro remédios, é só pegar água, engolir. Pra mim é normal assim, porque eu tenho uma vida normal. Só pelo fato de eu vim pra cá, de três em três meses, ou ter que vim colher sangue, isso sai um pouco da rotina, mas pra mim é muito normal. A única coisa que empata mesmo é isso de eu ter que contar pros outros. Aí isso já sai um pouquinho da rotina também.

Entrevistadora: Mas você já contou pra alguém assim, um namorado ou ficante?

Hermione: Então, já teve um namorado meu que eu contei, pra falar a verdade, não fui eu, foi a minha mãe que contou. Eu tinha 15/16 anos, alguma coisa assim. E pra amigo não. Porque minhas amigas...

Entrevistadora: Então não foi você que contou, foi sua mãe?

Hermione: Não. Foi minha mãe.

Entrevistadora: E você ter contato pra alguém, uma decisão sua?

Hermione: Não, nunca.

Entrevistadora: O que você acha que influencia em não contar? Em você decidir não contar.

Hermione: O medo do que as pessoas vão pensar. O fato delas serem ignorantes e acharem que aquilo ali só o fato de elas relarem em mim elas vão pegar. O medo das pessoas quererem tipo, se afastar de mim, ou... Acho que nem o medo de elas se afastarem de mim, isso também, mas o fato de elas contarem pra alguém e esse alguém contar pra outro alguém e ir contando ir contando, Até porque onde eu moro é pequeno, não é muito grande. E todo mundo conhece todo mundo. Então, o meu medo... e de exporem minha mãe. Porque todo mundo vai querer saber: mas nossa como é que ela pegou? Ah! Da mãe dela. E isso... Ai... o fato de todo mundo ficar sabendo e o fato de todo esse preconceito e dessa ignorância, por isso que eu não conto pra ninguém.

Entrevistadora: Mas como foi com esse namorado quando você tinha 15 anos?

Hermione: Ai! Foi horrível! Horrível! A minha mãe ela tinha... É... ela ficou sabendo, não por mim também, que a gente tinha tido relação, com camisinha, só que ela achou que eu deveria contar pra ele. Ela achou, eu acho que pelo fato de ela ter pegado do meu pai, ela achou importante meu namorado ficar sabendo.

Entrevistadora: Mas ela veio falar isso com você?

Hermione: Não. Ela chegou na hora e falou: você vai contar pra ele. Mas eu não quero. Eu não quero contar pra ele. Eu não acho necessário, até porque eu não gosto dele. A gente já vai terminar. Não, mas você vai contar pra ele. Chamou um dia ele lá em casa, eu falei que não, que não queria contar. Chegou um dia em casa, ela simplesmente sentou com ele e começou a falar. Você não vai falar Hermione pra ele o que você tem? Aí eu fiquei meia perdida, sem saber o que fazer, comecei a chorar muito, porque eu não tava preparada praquilo e simplesmente ele aceitou. Falou que queria continuar comigo, só que eu já não gostava dele. E o fato da minha mãe contar uma coisa tão importante pra mim, que eu não tava preparada, eu acho que até hoje eu não tô preparada pra contar, foi horrível. Foi horrível demais, demais, demais. Eu não quero que aquilo se repita nunca mais. Foi uma das piores experiências da minha vida. Não gosto nem de lembrar, sinceramente.

Entrevistadora: E aí você continuou com ele?

Hermione: Não! Porque eu já queria terminar com ele. Um dos motivos de eu não querer contar foi esse também.

Entrevistadora: Mas você acha então que tem um momento certo pra contar? O que você pensa disso?

Hermione: Eu acho. Eu acho que eu preciso... Por exemplo, esse meu namorado é um exemplo. Esse meu namorado a gente já tá junto faz um tempinho já e eu chego a conversar com ele, não contando o que eu tenho, mas a gente conversa sobre esse tipo de negócio de doença e tudo mais. E se eu perceber que a pessoa é confiável, não vai contar pra ninguém e ela vai aceitar, vai querer me ajudar, não vai me deixar no meio do caminho quando eu mais precisar, aí eu conto. Mas até agora...

Entrevistadora: E você acha importante contar?

Hermione: Acho. Porque se fosse comigo, eu ia querer muito que me contassem. Por exemplo, se ele tivesse e eu não, eu me coloco no lugar dele, eu ia querer muito que me contasse. De verdade. Tanto para eu poder ajudar a pessoa e porque é um segredo muito sério. Então eu acho que...

Entrevistadora: Você vê como um segredo?

Hermione: Vejo. Infelizmente eu vejo. Eu queria poder ser aberta com as pessoas, com as pessoas que eu gosto, com as pessoas que eu amo, mas infelizmente não dá.

Entrevistadora: Você já sentiu vontade de contar pra alguém?

Hermione: Já! Muitas, muito, muito. Pra ele, pra uma amiga minha que eu tenho, de anos, que eu também não tenho coragem de contar, porque ela já falou coisas absurdas pra mim sobre isso. Já senti muita vontade de contar, mas não dá. Não consigo. Ainda não consigo.

Entrevistadora: Mas isso inclusive pra amigos então? Não é só num relacionamento amoroso.

Hermione: Não. Não é só pro meu namorado, é mais mesmo pra essa minha amiga, que a gente já se conhece há anos, minha melhor amiga. Mas não consigo contar porque eu já vi que ela é ignorante como os outros. Então, não tem como.

Entrevistadora: Mas então você nunca contou pra ninguém?

Hermione: Não. Eu não. Pra ninguém.

Entrevistadora: É, você. Saindo da sua boca.

Hermione: Não, não. Pra ninguém.

Entrevistadora: Então me conta um pouco o que você pensa sobre não contar.

Hermione: Eu penso que eu to escondendo uma coisa muito séria de alguém e sinceramente, às vezes, eu fico até... Como é que eu posso dizer... Eu fico até um pouco chateada comigo mesmo, porque foi aquilo que eu te disse, se fosse com ele eu ia querer que ele me contasse. E eu acho um segredo muito sério. Eu acho que eu deveria contar sim, mas eu não consigo. Até agora eu não consigo. Não... Ele me passa um pouco de confiança, mas não é confiança suficiente pra eu ter essa capacidade de contar pra ele.

Entrevistadora: Mas você tem ideia do que seja confiança suficiente?

Hermione: Sim, o fato dele... De eu ter certeza, de eu ter certeza mesmo que ele não vai contar pra ninguém sobre a minha mãe e eu. De ele me respeitar acima de tudo também, porque não adianta eu contar pra ele, tendo confiança que ele não vai contar pra ninguém, mas simplesmente ele começar a ficar com medo de mim, ou não entender o que é, ou alguma coisa do tipo. E quando eu tiver certeza que ele tem tudo isso junto e reunido, aí eu conto.

Entrevistadora: Qual você acha que é a sua fantasia de reação da pessoa?

Hermione: Olha, pelo meu primeiro namorado, aquele que ficou sabendo, a reação dele na hora foi normal. Ele falou assim: não tudo bem, eu vou continuar com ela porque eu gosto dela. Mas aí depois a gente acabou terminando e tal. E eu imagino...

Eu acho que a pessoa vai ficar um pouco em choque na hora né?! Mas eu gostaria que fosse, eu gostaria que ele entendesse do porque eu não contei pra ele antes. Gostaria que ele entendesse meu medo, que ele entendesse a minha desconfiança, o meu medo de ele contar pros outros, queria que ele entendesse que não é uma coisa fácil, muito fácil de se lidar. E gostaria que ele... Eu sei que ia ser difícil pra ele levar como uma coisa normal, infelizmente não é uma coisa normal hoje em dia, pra certas pessoas, mas eu gostaria que ele levasse como eu levo. Entendeu? Uma coisa normal e que eu posso... Eu vou tomar meus remédios, tem o tratamento e eu posso viver bem. Entendeu? Gostaria que ele entendesse isso. E continuasse, claro, normal comigo, como sempre foi. Basicamente isso.

Entrevistadora: Em algum momento, algum profissional de saúde tentou te ajudar a contar pra alguém? Fez uma intervenção nesse sentido?

Hermione: Não, nunca.

Entrevistadora: Nem ajudando, nem desajudando?

Hermione: Então, ajudando na questão... Por exemplo, a psicóloga que eu passo, a Dra, elas falam que eu tenho que contar quando eu me sentir bem, quando eu sentir que eu tô pronta. A Dra mesmo já chegou a comentar que quando eu quiser, depois de eu contar pra ele, a gente marca um dia pra ela explicar tuuudo pra ele, mas isso quando eu quiser, quando eu tiver pronta. Interferir mesmo nunca, ninguém.

Entrevistadora: Você se sentiu amparada por estas pessoas?

Hermione: Muito! Demais! Porque parecia que ela estava se preocupando com a reação dele, com o que ia sentir. Pelo fato dela falar pra mim que está disposta a conversar com ele, explicar tudo pra ele. Eu me senti bem, muito bem.

Entrevistadora: Que bom... Tem mais alguma coisa que você queira me contar, que você pensa sobre isso.

Hermione: Deixa eu ver... Não, acho que não... Só que mesmo eu tendo isso desde que eu nasci, eu levo uma vida normal. Infelizmente tem jovens, como a Dra falou, tem jovens que desistem na metade do tratamento e alguns outros morrem. Eu levo uma vida normal. Claro que a gente fica pensando: eu tenho 18 anos, eu fico pensando, eu fico com umas neuras na cabeça, mas normal. Pra mim, pelo menos, graças a Deus, é normal. Nada que...

Entrevistadora: Eu acho que essas neuras podem ser cuidadas. E talvez você esteja com a D. um pouco inclusive por isso. Acho que dá para falar desses medos, inseguranças.

Hermione: Exatamente. Isso.

Entrevistadora: Não é porque é uma vida normal que não existe uma pulguinha atrás da orelha, um frio na barriga.

Hermione: Já que eu não posso contar pra quem eu quero, ou conversar com quem eu quero, tem ela pra me ajudar... Então, é bom sim.

Entrevistadora: Bom, quero muito te agradecer. Muito obrigada. E qualquer coisa que você precisar, estou aqui, pode contar comigo também.

Hermione: Obrigada eu.

Rony, 20 anos

Entrevistadora: Primeiro eu gostaria que você me contasse um pouquinho de você. O que você faz, com quem você mora. Você estuda, você trabalha? O que você gosta de fazer da vida.

Rony: Bom, há quase dois anos terminei o ensino médio e no momento estou em busca de trabalho. E eu vou esperar terminar a copa do mundo pra eu entrar numa faculdade.

Entrevistadora: E o que você quer fazer?

Rony: Design de Games.

Entrevistadora: Você já se informou onde tem o curso, essas coisas?

Rony: No Senac. Tem cursos nessa área... Eu moro com a minha avó, que é minha mãe, que praticamente me criou. Porque 6 meses depois que eu nasci, minha mãe acabou falecendo com um problema no coração. E eu acabei sendo criado por ela e pela minha madrinha. Que está vindo, ia me acompanhar hoje na consulta.

Entrevistadora: Mas hoje você mora com a sua avó/mãe? Não com a sua madrinha?

Rony: Não. A minha madrinha eu vejo quando eu passo lá na casa dela, pra ver meus primos. É mais ou menos perto. Ela mora no Ipiranga e eu moro pro lado de Santo Amaro. Um rolezinho bom. Bom, eu gosto de sair com os amigos, jogar bola. Recentemente eu voltei a jogar bola. Eu tava meio parado, porque minha avó acabou quebrando o pulso e eu tive que ficar com ela pra ajudar lá em casa. E... também gosto de ficar em casa mesmo. Não sou tão rueiro, como geralmente muito jovem é.

Entrevistadora: E quando você está em casa você faz o que? O que você gosta?

Rony: Entro na internet, converso com o pessoal. Assisto muito anime, que é desenho japonês, sou muito fã pra falar a verdade. E... Jogo videogame.

Entrevistadora: É daí que veio essa ideia de trabalhar cm isso?

Rony: Exatamente. Praticamente é uma coisa que eu gosto de fazer. Uma coisa que eu aprendi com o meu professor de filosofia no meu terceiro ano, é que se você faz aquilo que você gosta, você só tem a ganhar. Você não perde o seu tempo. Digamos que a partir daquele momento eu levo isso pra minha vida. Fez sentido. Como eu gosto muito de games, pensei em me especializar nessa área. Bom, quando eu não estou fazendo essas coisas, eu ajudo lá em casa quando puder.

Entrevistadora: E você se dá bem com a sua avó?

Rony: Sim. Muito bem. Praticamente eu sou um companheiro pra ela, né?! Depois da morte da minha mãe ela decaiu um pouco. Porque mãe quando enterra filho é bem difícil. E digamos que enquanto ela ficou comigo, ela visse a minha mãe em mim. Ela sempre me disse isso. Aí que deu forças pra ela continuar a vida, ajudar os outros filhos, minha madrinha mais três tios.

Entrevistadora: Bom, eu vou entrar mais no tema então. Eu queria que você me contasse quando e como foi feita a revelação do diagnóstico de HIV pra você. Quem fez? Como foi a situação?

Rony: Pelo que eu sei... Digamos que a minha madrinha é muito protetora, então ela não explica tudo exatamente. Pelo que ela me contou, fez o diagnóstico já bebê, quando eu era bebê, e foi descoberto o vírus no meu sangue. Aí desde bebê que eu venho fazendo o tratamento no HC. Mas quando eu fiquei sabendo realmente, que é HIV, faz um três ou quatro anos atrás, mais ou menos.

Entrevistadora: Você tinha quantos anos?

Rony: Tinha 16 anos. Hoje eu estou com 20, eu tinha 16 já.

Entrevistadora: Mas aí como foi? Ela que chegou pra te contar?

Rony: Ela que veio me contar.

Entrevistadora: E você lembra desse dia?

Rony: Eu... Lembro pouco... Não lembro muita coisa. Ela me explicou direitinho porque eu tomava tanto remédio e porque eu ia lá no HC a cada, sei lá... Umas 5/6 vezes por ano. E me explicou um pouco sobre o tratamento, o que eu tenho que fazer, quais são os riscos.

Entrevistadora: Mas até os 16 você não sabia que era HIV?

Rony: Até os 16 eu não sabia muito. E também digamos que eu nem me interessava, que na época era tão difícil acreditar que eu nem procurei pesquisar.

Entrevistadora: Mas nesse tempo todo, desde os seis meses de idade que você falou que detectou no seu sangue, até quando alguém te contou de fato o que era, você achava que tinha o que? Porque você tomava remédio, ia nas consultas...

Rony: Pra te falar a verdade, eu não imaginava o que era.

Entrevistadora: Você não chegava a perguntar que remédio era aquele?

Rony: Não. Nunca cheguei a perguntar. Porque se o médico está te passando o remédio é porque é pra alguma coisa, é pro meu bem. Então eu resolvi esse pensamento e não cheguei a perguntar. Tanto que há quatro anos atrás, com 16 anos, eu nem perguntei. Foi minha madrinha que chegou em mim e veio contar pra mim, que ia começar essa mudança do HC pra lá no Frei Caneca. Ia fazer exame de... pra ver se o remédio continua funcionando... de genotipagem. Aí que ela veio conversar comigo mesmo.

Entrevistadora: Foi aí que ela te contou como era... E como foi pra você receber essa notícia?

Rony: No começo foi meio difícil... Foi meio... Digamos que eu não aceitei, praticamente. Aí teve um tempo que eu até fiquei meio deprimido. Por que que eu peguei, por que eu? Muita coisa passou pela minha cabeça. Cheguei até a... nem sei o que fazer... Cheguei até a nem saber o que fazer. Mas aí de um tempo pra cá, eu criei um pouco de consciência. Esqueci um pouco... Comecei a conversar mais com os médicos. Quais são os riscos, o que tinha que fazer. Eu... Digamos que eu tinha até um certo medo de transmitir para as outras pessoas. Tanto que, por exemplo, eu cumprimentava as meninas na escola com aperto de mão e não com beijo na bochecha, essas coisas, como é geralmente, com medo de transmitir. E com um pouco mais de pesquisa que eu fui me informando mais. Que o risco é só através, pela relação sexual, ou pelo sangue né?! Por exemplo, se eu estiver com a boca machucada e se eu beijar a pessoa eu posso transmitir pra ela. Aí que eu comecei a me interessar mais um pouco pelo assunto.

Entrevistadora: E de quando você soube pra cá, como tem sido viver com HIV?

Rony: Eu vivo como se eu fosse uma pessoa normal. Como se eu não tivesse a doença, mas eu tenho. Digamos que eu sou bem discreto. Eu não faço as coisas com ninguém... Procuro ser discreto. Eu vivo como uma pessoa normal mesmo. Vivendo a vida.

Entrevistadora: O que você acha hoje em dia de ter o HIV? Há alguns anos atrás você falou que não estava aceitando, que foi difícil receber essa notícia...

Rony: Algo que eu tenho que vencer.

Entrevistadora: Como assim?

Rony: Hoje em dia eu aceito, agora eu aceito que eu tenho esse vírus e eu estou com a consciência que eu tenho que combater esse vírus. Hoje em dia eu tomo remédio com mais responsabilidade e não deixo de tomar mesmo. Até se eu vou pra balada, por exemplo, eu tomo de manhã. Porque hoje em dia eu tomo antes de dormir, que dá um pouco de sono e tal. E quando eu saio assim eu chego em casa e já tomo. Digamos que eu criei um pouco de responsabilidade.

Entrevistadora: Você acha que mudou sua relação com ter o HIV de, antes pra agora?

Rony: Mudou. Acredito que sim.

Entrevistadora: Mudou em que sentido, você acha? Você estava falando que da responsabilidade...

Rony: Porque antes, o fato de eu não aceitar o vírus, teve dia que eu cheguei até a não tomar o remédio. Já pensava no pior, que ia acontecer. Já hoje em dia não. É... digamos que, como eu disse, eu tenho mais responsa e combato o vírus, até não detectarem nada.

Entrevistadora: Bom, e você já contou seu diagnóstico pra alguém, namoradas, ficantes, nesse sentido... Em um relacionamento afetivo.

Rony: Bom, namorar eu nunca namorei. Mas ficar eu já fiquei. Mas eu não cheguei a contar. Eu contei mesmo para dois amigos meus.

Entrevistadora: E como foi contar?

Rony: No começo foi meio difícil pra explicar. Eles entenderam. Torcem por mim. Pela minha recuperação e digamos que eu me sinto mais aliviado. Até porque às vezes eu chegava até atrasado na escola porque eu passava em consulta. E às vezes eles me perguntavam porque e eu não sabia o que explicar. Até que eu tomei um pouco de conhecimento e contei pra essas duas pessoas e expliquei direitinho.

Entrevistadora: E o que você acha que sustentou sua decisão de contar? Você se orientou pelo que?

Rony: Pela preocupação deles.

Entrevistadora: Como assim?

Rony: Eles ficavam preocupados porque eu ia no médico todo mês não, mas a cada 2/3 meses, porque eu colhia exame de sangue. Essas coisas... E foi muito em função da preocupação deles que eu cheguei a decisão de contar.

Entrevistadora: E para as outras pessoas que você não contou, o que influencia essa decisão de não contar?

Rony: Confiança. Digamos que, querendo ou não, hoje em dia tem algumas pessoas que tem um certo preconceito com portadores do vírus. E como eu não conheço assim,

como eu não tinha convivência com todo mundo da sala, eu tinha mais intimidade com uma e outra, com as que eu não tinha intimidade eu não contava nada, eu ficava quieto, ficava na minha.

Entrevistadora: O que você achava que podia acontecer?

Rony: Digamos que um afastamento deles. Depois que eu contar eles não conversarem mais comigo, não conviverem mais comigo, com medo de eu transmitir. Quando é muito jovem realmente não tem as informações, não sabe direito. Foi muito em função disso.

Entrevistadora: E, por exemplo, quando a sua madrinha te contou, ela te falou disso do preconceito? Ela disse pra você contar, ou não contar?

Rony: Ela disse pra eu guardar um segredo, guardar esse segredo. Que se eu contasse pra alguém, contar pra pessoa que eu confiasse.

Entrevistadora: E quem você acha que é essa pessoa? Pra quem você acha que valeria a pena contar?

Rony: Primeiro a minha família, praticamente a família toda sabe. E esses dois amigos meus que eu tenho confiança e mais uma amiga minha, que recentemente eu contei pra ela.

Entrevistadora: Recentemente? E como foi contar pra ela?

Rony: Ah! Do mesmo modo que eu contei pros outros dois. Explicando. E ela tinha até um pouco de conhecimento do vírus, do perigo, essas coisas. Mas aí a amizade continua a mesma.

Entrevistadora: Com todos eles?

Rony: Com todos eles.

Entrevistadora: Você falou que já ficou com pessoas, mas que nunca contou. Você acha que tem um momento certo pra contar em uma parceria afetiva?

Rony: Eu nunca contei porque no máximo eu ficava uma semana, ou duas semanas. Eu não chegava a ter um relacionamento sério com a pessoa. E em função disso... Momento certo?

Entrevistadora: Por exemplo, por que você decidiu não contar nessa uma semana?

Rony: Geralmente eu não contei mesmo porque era só um lance, só algo não sério, não era um relacionamento sério, era só uma diversão, vamos dizer assim. Aí não contei mesmo...

Entrevistadora: Você acha que se fosse um relacionamento sério, você deveria contar?

Rony: Eu não me sentiria na obrigação de contar, mas se em um determinado momento eu precisasse contar pra pessoa, eu conto.

Entrevistadora: E como assim precisar?

Rony: Por exemplo, como realmente aconteceu com os outros dois, que eles perguntavam pra mim e eu não explicava. Se a pessoa perguntar, não só uma vez, tipo frequentemente, eu teria que explicar pelo menos.

Entrevistadora: Mas você acha que tem diferença de contar pra um amigo que contar em um namoro?

Rony: Bom, nesse momento eu não vejo diferença.

Entrevistadora: Você acha que seria o mesmo caminho?

Rony: O mesmo caminho.

Entrevistadora: Você estaria com a pessoa e se ela te perguntasse, você responderia?

Rony: Eu responderia da maneira mais certa possível.

Entrevistadora: E você imagina um pouco como isso aconteceria? Isso já passou na sua cabeça? Ou eu que estou te fazendo pensar agora?...

Rony: Não... Eu nunca imaginei o que iria acontecer depois. Digamos que eu deixava rolar. Eu não chegava a perguntar pra mim mesmo: pô se eu contar pra pessoa que ela vai achar? Até porque eu sou o tipo de pessoa que não me importo com a opinião dos outros. Então pra mim, realmente eu não cheguei a imaginar isso.

Entrevistadora: Que sentimento você acha que está envolvido na decisão de revelar seu diagnóstico?

Rony: Sentimento? Confiança. No momento só. Confiança.

Entrevistadora: Em algum momento você teve alguma ajuda de um profissional de saúde, algum já te falou sobre isso da revelação do diagnóstico? Alguém se preocupou com isso?

Rony: Nos tempos do HC, digamos que no final do meus dias no HC, pra chegar a mudança de ir pro Frei Caneca, aí o Frei Caneca fechou e eu acabei vindo pro Emílio Ribas. Realmente só no HC.

Entrevistadora: E lá eles se preocupavam com isso?

Rony: A psicóloga de lá se preocupava.

Entrevistadora: Mas como era? O que ela falava pra você?

Rony: Ela falava de um jeito mais simples de eu entender. Mais preciso. Ela explicava de um jeito simples, pra que eu entendesse.

Entrevistadora: E essa psicóloga, ou os médicos, se preocupavam de você contar pra alguém?

Rony: Não. Eles nem mencionavam isso.

Entrevistadora: Ninguém nunca mencionou isso? De se você deve ou não contar, quando você deve contar, pra quem você deve contar.

Rony: Não. Não que eu me lembre. Não. Realmente não.

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que você queira me contar? Algo que essas perguntas te fizeram pensar? Alguma dúvida.

Rony: Bem, no momento eu não tenho nenhuma dúvida.

Entrevistadora: Bom, mas eu estou aí a disposição se você quiser conversar. Quero te agradecer pela entrevista. Muito obrigada.

Luna, 21 anos

Entrevistadora: Bom, primeiro eu queria que você contasse um pouquinho de você. O q você faz, com quem você mora? Você estuda, você trabalha? O que você gosta de fazer da vida? Namora, ou não?

Luna: Hum... Eu moro com a minha mãe, mais três irmãos. Atualmente não estou trabalhando. Hum... O que eu gosto de fazer? Sair.

Entrevistadora: Sair pra onde?

Luna: Passear, cinema, parques.

Entrevistadora: E você sai com quem normalmente?

Luna: Com as minhas amigas.

Entrevistadora: Que são amigas da onde?

Luna: Da escola, da onde eu trabalhava.

Entrevistadora: Você trabalhava antes? O que você fazia?

Luna: Eu trabalhava em uma farmácia.

Entrevistadora: E você gostava?

Luna: Hum hum.

Entrevistadora: E o que aconteceu que você saiu?

Luna: Mandaram um monte de gente embora, aí eu tava junto.

Entrevistadora: Mas você quer continuar na mesma área?

Luna: Quero.

Entrevistadora: E você já está vendo isso?

Luna: Como eu saí recentemente, ainda tô mexendo com meu seguro desemprego, essas coisas. Aí tô parada.

Entrevistadora: E os estudos, você acabou?

Luna: Já terminei. Eu fiz curso de informática. Eu usava no trabalho.

Entrevistadora: O que mais da sua vida, que você queira contar, um pouquinho de você?

Luna: Hum... Normal. Só.

Entrevistadora: Bom, então eu vou entrar um pouco no tema. Eu queria que você me contasse como foi a revelação do seu diagnóstico de HIV pra você. Quem foi que te contou, quando foi, quanto tempo faz?

Luna: Pra falar a verdade, a minha mãe é mó fechada. Então, eu sempre ia no médico, aí eu fui crescendo e eles foi falando.

Entrevistadora: Mas foram os médicos que falaram?

Luna: Foi os médicos, porque minha mãe sempre foi fechada pra conversar. Aí fui crescendo, crescendo, fui acompanhando e fui sabendo.

Entrevistadora: Mas como você soube. Teve um dia que te falaram o que era?

Luna: Foi a assistente social que falou.

Entrevistadora: E você lembra desse dia?

Luna: Ixi, faz tempo. Acho que eu tinha uns 12 anos. Eu também sempre ia no médico, mas nunca procurava saber o porque. Eu ia tranquila.

Entrevistadora: Você tinha dúvidas do que você tinha?

Luna: Não. Eles sempre falavam, tomar o remédio para o que que era.

Entrevistadora: Mas até os 12 anos você sabia que era HIV?

Luna: Eu sabia porque tinha na prescrição.

Entrevistadora: Você sabia o que era o HIV?

Ainda não sabia direito não.

Entrevistadora: E quando você soube o que era de fato?

Luna: Depois que a assistente social falou, eu procurei saber. Pedi pra elas mesmo lá me explicar.

Entrevistadora: E você já falou com sua mãe sobre isso?

Luna: Não, não conversa sobre isso não.

Entrevistadora: Ela não conversa?

Luna: Ela e nem eu. Nenhuma de nós duas.

Entrevistadora: Por que? O que acontece?

Luna: Sei lá. Eu não converso muito com ela. A gente vive junto assim, mas...

Entrevistadora: Vocês não tem uma boa relação?

Luna: Tem uma boa relação, mas de conversar não. Porque ela é fechada. E eu não converso esses assuntos com ela.

Entrevistadora: Mas então esse assunto da sua doença você nunca falou com ela?

Luna: De sentar e conversar não. Só o que ela falava antes.

Entrevistadora: E o que ela te dizia?

Luna: Falava que eu ia aprender com o tempo. E que ainda não era a hora.

Entrevistadora: Você concordou com isso?

Luna: Hum hum.

Entrevistadora: Você queria que ela que tivesse te contado?

Luna: Queria.

Entrevistadora: O que você pensou sobre isso?

Luna: Só achei que ela deveria ter contado antes, mas eu aceitei numa boa.

Entrevistadora: Quando você soube?

Luna: Hum hum.

Entrevistadora: E como foi saber que você tinha HIV?

Luna: Tranquilo. Porque eu já fazia tratamento e estava tudo certinho. Só não é fácil de lidar, mas...

Entrevistadora: Não é fácil de lidar?

Luna: É... Saber que você tem um problema assim, mas tranquilo.

Entrevistadora: Como assim não é fácil de lidar? O que você quer dizer com isso?

Luna: Os remédios, tem certas coisas que a gente quer fazer e não pode.

Entrevistadora: Tipo o que?

Luna: Ixi... Como eu tomo remédio, quando eu saio não posso beber. Essas coisas. Bom, nem tanto.

Entrevistadora: Como assim?

Luna: Nem tanto, que as vezes eu quebro as regras. Mas aí quando eu quebro eu não tomo os remédios. Mas agora com o meu probleminha que eu tive da citomegalo, eu parei.

Entrevistadora: Você parou com o que?

Luna: De sair mais.

Entrevistadora: Mas você gosta de sair?

Luna: Gosto.

Entrevistadora: Antes era com mais frequência do que agora, é isso?

Luna: É. Saio, mais menos.

Entrevistadora: Você estava me contando um pouco como foi descobrir... E hoje em dia, o que você acha de ter o HIV? Como é viver com o HIV hoje em dia?

Luna: É tranquilo. Porque o meu médico falou que tá tudo controlado. Eu posso ter uma vida normal. Então, tranquilo, sempre foi.

Entrevistadora: Sempre foi? Você nunca teve maiores dificuldades por causa do HIV?

Luna: Não.

Entrevistadora: Você já contou seu diagnóstico de HIV em algum namoro, ou pra ficante, ou alguma pessoa assim?

Luna: Já.

Entrevistadora: Então me conta um pouquinho como foi.

Luna: Ai eu tava com mó medo, tremendo. Mas eu contei, aí foi de boa. Na hora foi um choque né. Porque eu fiquei mó tempo e depois eu falei. Mas aceitou.

Entrevistadora: E como foi a situação? Você lembra? Faz tempo? Quem era a pessoa?

Luna: Faz tempo. Já faz um 6 anos. Foi uma tarde. Eu falei que precisava falar uma coisa e na hora eu ainda me segurei e fui só contar no outro dia. Mas falei.

Entrevistadora: E como você chegou e contou?

Luna: Eu falei que tinha falar uma coisa, que eu fazia um tratamento, tal. E eu também tinha descobrido há pouco tempo, acho que eu tinha 15, aí eu contei, falei o que que era.

Entrevistadora: E o que aconteceu depois?

Luna: Foi tranquilo. Foi um choque assim, mas falou que isso não ia mudar em nada. E não mudou.

Entrevistadora: No que você acha que você se baseou para contar? O que influenciou sua decisão de contar?

Luna: Eu acho que eu conhecia faz tempo e já tava na hora de eu falar, né?!

Entrevistadora: E tem uma hora?

Luna: Sim! Eu acho que tem. Tem que ser assim quando eu tô com vontade. Igual, eu fiquei mó tempo. Aí depois me deu vontade de falar.

Entrevistadora: Vocês estavam junto há quanto tempo?

Luna: Um ano.

Entrevistadora: E como deu vontade depois de um ano?

Luna: Sei lá. Achei que sei lá, era a hora de falar. A pessoa vivia comigo e não saber exatamente...

Entrevistadora: E quando você fala que era a hora de falar, me parece que é quase como se tivesse um momento certo. O que você acha disso?

Luna: Não sei. Me vem na cabeça a vontade de falar. Aí fica aquilo martelando na cabeça e eu chego lá e falo.

Entrevistadora: E essa foi a única pessoa que você contou?

Luna: Não, não, contei para as minhas colegas também. Tem algumas que sabem.

Entrevistadora: Mas num namoro ou pra ficante, assim...?

Luna: Foi só pra duas pessoas.

Entrevistadora: Duas? E a outra como foi?

Luna: Hum... Mais tranquilo, foi bem tranquilo também.

Entrevistadora: E você lembra? Você era mais velha, mais nova?

Luna: Foi esses tempos aí pra trás.

Entrevistadora: Me conta um pouquinho.

Luna: A gente trabalhava junto. Aí fazia uns três meses. Aí foi a vontade que deu de falar e eu falei.

Entrevistadora: Vocês trabalhavam junto e se envolveram?

Luna: Sim. Três meses juntos.

Entrevistadora: Era namoro?

Luna: É... Quase... ainda ficava. Não queria nada... Ainda ficava meio assim...

Entrevistadora: Vocês não queriam nada mais sério?

Luna: Eu!

Entrevistadora: Por que?

Luna: Porque eu saía muito. Aí eu não queria me prender. Manerar um pouco nas saídas. Que eu já tinha parado bastante, mas ainda saía final de semana, quando eu trabalhava. E a pessoa pedia pra mim diminuir.

Entrevistadora: E você não queria diminuir?

Luna: Não... Até que eu fui diminuindo agora tá de boa.

Entrevistadora: Você estava me contando que veio na sua cabeça e achou que tinha que contar. Como foi?

Luna: Hum... Eu tava na casa dela. Aí eu falei.

Entrevistadora: E como você falou?

Luna: Eu falei que tinha uma coisa pra contar... E como a gente ainda tava no começo, eu queria falar, antes que mais tarde podia falar por que eu não falei, essas coisas. Aí, eu falei. E a reação foi de boa. Tranquilo.

Entrevistadora: E o que a pessoa falou?

Luna: Também falou as mesmas coisas, que não é uma coisa fácil de lidar, mas que nós ia ficar junto.

Entrevistadora: E ficaram junto?

Luna: Hum hum.

Entrevistadora: Quanto tempo faz que vocês estão junto?

Luna: Vai fazer sete meses.

Entrevistadora: Então foi para essas duas pessoas?

Luna: Foi. E a última também até veio no médico comigo. Ele explicou tudinho.

Entrevistadora: E essas duas aceitaram, então?

Luna: Aceitaram.

Entrevistadora: Você achou que podia ser diferente?

Luna: .

Entrevistadora: Diferente?

Luna: Foi, porque a pessoa aceitou.

Entrevistadora: Mas o que você achou que podia acontecer?

Luna: Que ia me deixar!

Entrevistadora: Mas por que?

Luna: Sei lá. Nem todo mundo aceita o problema que a gente tem.

Entrevistadora: Mas você já passou por alguma situação que não te aceitaram?

Luna: Não, porque eu não falo pro todo mundo não.

Entrevistadora: E como você escolhe as pessoas pra contar?

Luna: Pela confiança. Uma pessoa que sempre andava comigo, que estava em todos os lugares comigo, festa, essas coisas junto. Aí foi passando o tempo e eu vi que, nem sempre se deve confiar nas pessoas, mas se passava confiança eu falava.

Entrevistadora: E você falou que contou para amigas também.

Luna: Foi. Pra duas só. Só essas pessoas na vida. Que eu contei sim, mas não sei se minha mãe contou pra alguém.

Entrevistadora: Ela nunca te falou isso?

Luna: Não.

Entrevistadora: E ela sabe que você contou pra essas pessoas?

Luna: Sabe. E acha bom.

Entrevistadora: Ela nunca falou pra cuidar pra quem você ia contar?

Luna: Não nunca falou.

Entrevistadora: Nem os médicos, ou profissionais de saúde?

Luna: É que eu evito falar desse assunto. Eu não gosto muito não.

Entrevistadora: Ah é! Por que?

Luna: Ah, não gosto. Eu já sei que tenho problema e tal, mas eu não gosto de ficar falando.

Entrevistadora: Nem nas consultas?

Luna: Não, eu não pergunto nada.

Entrevistadora: Você entra quieta e sai muda?

Luna: Eles que falam.

Entrevistadora: Hum... Deixa eu ver... Você acha que tiveram relações afetivas que você decidiu não contar?

Luna: Não.

Entrevistadora: Mas e de ficar?

Luna: De ficar foram várias, mas eu nunca falei não.

Entrevistadora: Qual você acha que é a diferença de falar quando o relacionamento é mais sério e não falar quando é uma ficada?

Luna: A pessoa é menos confiável. A gente conta coisa e sai espalhando pra todo mundo. Aí eu não...

Entrevistadora: E você tomou essa decisão e acha que não precisa contar?

Luna: Não precisa.

Entrevistadora: E no que influencia não contar pra outras pessoas?

Luna: Assim... De eu contar e ela sair espalhando pra outras pessoas, aí eu não vou gostar, as pessoas vão ficar falando o que eu tenho, o que não tenho.

Entrevistadora: Qual você acha que é o sentimento que está envolvido na decisão de revelar seu diagnóstico pra alguém?

Luna: De amizade.

Entrevistadora: O que quer dizer um sentimento de amizade?

Luna: Hum...

Entrevistadora: Quando você pensa em contar pra pessoa, o que você sente?

Luna: Sei lá... Me dá vontade de falar e eu já falo. Só vontade mesmo. De falar logo e acabar logo com isso.

Entrevistadora: E por que você acha que precisaria falar logo, acabar logo?

Luna: Eu falo falar logo, mas como eu só contei para duas pessoas, eu achei que elas deveriam saber, por conviver bastante comigo.

Entrevistadora: E em algum momento algum profissional da saúde te ajudou a pensar nisso, pra quem contar, quando contar, se era importante ou não contar?

Luna: Ai, já tentaram falar, já me chamaram pra psicóloga, mas eu não gosto e eu não falo.

Entrevistadora: Como assim?

Luna: E me chamam várias vezes pra explicar, também pra entrevistar, essas coisas, mas eu não gosto não.

Entrevistadora: Não entendi. Quem te chamava? E qual era o objetivo?

Luna: Quando eu passava ainda no Instituto das Crianças. Eles queriam ver como eu me sentia, como era lidar com as pessoas também, se eu falava pra alguém ou não.

Entrevistadora: Mas você chegou a conversar com o profissional?

Luna: Eu não gostava muito de falar não. Eles perguntou se alguém sabia, eu falei que na época ainda não. Eles perguntou se era normal conviver com isso, se eu sentia diferente das outras pessoas. Eu falei que não. Ai, e eu não respondia muito não.

Entrevistadora: Bom, tem alguma coisa que você queira falar mais pra mim, perguntar, tirar alguma dúvida?

Luna: Não.

Entrevistadora: Então, muito obrigada pelo seu tempinho aqui comigo.