

PSICANÁLISE E HIV: UM OLHAR PARA A SUBJETIVIDADE

PSYCHOANALYSIS AND HIV: AN EXAMINATION OF SUBJECT

Cassiano Vale de Almeida¹

Laura Resende Moreira²

Resumo

Esse trabalho pretende compreender de que maneira a psicanálise se relaciona com os sujeitos que vivem com o diagnóstico de HIV ou AIDS. Ademais, destaca-se a importância da escuta psicanalítica diante dessa forma de sofrimento. O tema é amplamente discutido, porém, pouco compreendido. Apesar de ser uma epidemia considerada controlada, não é de fato estabilizada e segue em crescimento, consolidando-se cada vez mais novos estigmas, tanto munidos de preconceito, quanto de descaso para com o vírus. No ano de 2020, totalizava em torno de 37,6 milhões de pessoas que conviviam com o vírus HIV no mundo. No entanto, no Brasil, neste mesmo ano se contabiliza em torno de 920 mil pessoas infectadas pelo vírus. Para a pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, foi utilizada a pesquisa bibliográfica. Por meio da escuta, podemos ofertar a possibilidade do sujeito dizer sobre suas angústias, elaborá-las e encontrar uma resposta que dê amparo diante de seu sofrimento. A psicanálise nos ensina que o processo de elaboração é do sujeito e cabe ao analista ser uma ferramenta que viabiliza a emergência deste.

Palavras-chave: Psicanálise. Escuta. Angústia. HIV/AIDS. Urgência Psíquica.

Abstract

This work aims to understand how psychoanalysis relates to subjects living with the diagnosis of HIV or AIDS. In addition, the importance of psychoanalytic listening to this form of suffering is highlighted. The theme is widely discussed, but little understood. Despite being considered a controlled epidemic, it is not in fact stabilized and continues to grow, consolidating increasingly new stigmas, both armed with prejudice and neglect to the virus. In 2020, there were 37.6 million people living with HIV worldwide. However, in Brazil, this same year there are about 920 thousand people infected by the virus. The methodology applied is the bibliographical research is qualitative, exploratory. Through listening we can offer the possibility of the subject to say about his anxieties, elaborate them and find an answer that gives support to his suffering. Psychoanalysis teaches us that the process of elaboration is the subject and it is up to the analyst to be a tool that enables the emergence of this.

Keywords: Psychoanalysis. Listening. Anguish. HIV/AIDS. Psychic urgency.

1 INTRODUÇÃO

O HIV ou vírus da imunodeficiência humana é uma infecção que se caracteriza por se propagar preferencialmente por contato sexual sem proteção. Antes conhecida como DST

¹Graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves- UNIPTAN. Email: cassianovalebrt@gmail.com.

²Graduada e Mestre em Psicologia pela Universidade federal de São João del Rei- UFSJ. E-mail: laura.moreira@uniptan.edu.br.

(Doenças Sexualmente Transmissíveis), a patologia hoje recebe a nomenclatura de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis). O objetivo de tal mudança é a desvinculação da palavra “doença”, já que essa implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo (Bio em Foco, 2021).

As pessoas que convivem com o vírus ou a doença são cercados por preconceitos e discriminações, por estarem associados aos homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de drogas e profissionais do sexo. Segundo Sá e Santos (2018), tais posturas transfiguram o vírus a uma situação extremamente estigmatizante, gerando complicações; por exemplo, quando um indivíduo oculta sua sorologia por medo de ser julgado, e assim, diminui o impacto social do diagnóstico.

Moreno e Reis (2013) apontam pontos importantes ao realizar o diagnóstico positivo de HIV e relatam a dificuldade dos indivíduos portadores do vírus processarem esta nova informação. Os autores ressaltam a importância do acolhimento: observar pontos conflituosos; estar bem próximo para poder pensar estratégias conjuntamente com o sujeito e tendo como viés os conteúdos emocionais mais do que os intelectuais. Por meio do acolhimento, deve-se criar condições para prover uma escuta, respeitando-se as limitações do sujeito, contribuindo para que ele tenha entendimento dos próprios recursos internos e para que, assim, ele consiga desenvolver confiança para tomar decisões no decorrer da sua vida.

O estado de angústia surge para o sujeito no momento em que certas respostas não funcionam mais. Para a teoria psicanalítica, a palavra opera a clínica e, por meio desta, da narrativa, o sujeito tem acesso à elaboração do mal-estar. No entanto, é comum encontrarmos sujeitos que possuem dificuldade em construir uma narrativa que lhes permita situar o mal-estar e localizar os vínculos e referências simbólicas que lhes delimitam um lugar no mundo. Nesse caso, a experiência da angústia pode aparecer como algo da ordem do insuportável e sem sentido, um mal-estar do qual o sujeito quer livrar com urgência e, muitas vezes, sem pensar nas consequências.

A psicanálise, conforme resalta Barros (2008), ocupa-se tradicionalmente dos sintomas que não mais funcionam tão bem e acabam por estacar a vida. É o caso de pacientes

que estão presos a sintomas que os prejudicam, a significantes que os paralisam, ou até casos em que há o rompimento das referências simbólicas.

Como apresenta Azevedo (2018), percebemos que, dentro da clínica da urgência, o psicanalista trabalha com o sujeito e o seu diagnóstico e, conseqüentemente, passa a criar saídas singulares que lhe possibilita lidar com este incômodo. Neste espaço, o profissional não vai atender só um corpo infectado, mas também um indivíduo que interpretará este mal-estar do corpo no campo do mal-estar subjetivo. Esta urgência demanda certo trabalho do analista, pois, é uma via de urgência para a urgência subjetiva, só se produz pela oportunidade ofertada ao sujeito de fala. “O analista neste espaço pode funcionar como “facilitador”, um destinatário da palavra, no qual o sujeito possa se representar” (Azevedo, 2019, p. 209).

Diante disso, esse texto tem por objetivo cotejar a importância do dispositivo de escuta para pacientes infectados pelo HIV. Tomando como base a teoria psicanalítica, pretendemos destacar como esta pode contribuir para a construção de saídas psíquicas para os pacientes diagnosticados. Diante da iminência da mortalidade de um corpo atravessado pelo vírus, a escuta psicanalítica se estabelece como uma via para a elaboração do mal-estar causado pelo sofrimento diante do diagnóstico.

2 CONTEXTOS SOCIAIS E HISTÓRICOS

Como aponta Pinto *et al.* (2007), a epidemia AIDS ou do HIV manifestou-se durante a década de 1980, em que foi detectado o primeiro caso nos Estados Unidos. Nesse período, foi constatado um número alto de homens homossexuais infectados. O sintoma mais comum da doença era pneumonia que. Conseqüentemente, conduzia a morte do indivíduo infectado, caso estivesse na fase terminal da doença.

O recebimento do diagnóstico é algo significativo para os indivíduos. Segundo Coutinho, O’Dwer e Frossard (2018),

O momento de recebimento do diagnóstico de HIV é crítico em razão da gravidade da doença e do comprometimento do prognóstico, e pode trazer desdobramentos importantes para a vida do sujeito, para seu tratamento e conseqüentemente para a adesão (Coutinho; O’Dwer; Frossard, 2018, p. 154).

Sobre o olhar da sociedade a respeito dos indivíduos portadores da infecção, Pinheiro (2013, p. 9) destaca

(...) a Aids, assim como outros fenômenos, fere a norma de uma sociedade narcisista, que valoriza apenas aquilo que é “saudável”. As pessoas que pertencem a estes grupos são, com frequência, percebidas como relapsas por não terem tomado os devidos cuidados, ou por se comportarem à margem da norma em vigor.

De acordo com Pinto *et al.* (2007), durante anos, as pessoas infectadas não possuíam um tratamento adequado e, como consequência disso, houve muitas mortes ao redor do mundo. Aos poucos, a ciência foi avançando e criando formas de tratamentos para os infectados, diminuindo significativamente o número de mortos e esclarecendo os fatores que contribuíam para o aumento da doença, desmistificando a crença de que tal infecção se tratava de uma doença de homossexuais.

No Brasil, segundo Pinto *et al.* (2007), os primeiros casos de infecção por HIV foram detectados em 1982, no estado de São Paulo. Os autores destacam três pontos importantes sobre a epidemia no Brasil: em primeiro lugar, ela cresceu em grupos de baixa renda e escolaridade, atingindo todas as camadas sociais. Um segundo ponto é que, além de o vírus circular em capitais mais populosas, ele interioriza em direção a municípios de pequeno e médio porte e, finalmente, o crescimento do número de casos entre as mulheres.

Segundo o relatório da programação conjunta das Nações Unidas sobre HIV e a AIDS (UNAIDS), as estatísticas globais até o ano de 2020 afirmam que 38,4 milhões de pessoas vivem com vírus HIV no mundo, sendo 36,7 milhões são pessoas adultas com idade igual ou superior a 15 anos e 1,7 milhões são crianças de 0 a 14 anos. Desses 37,6 milhões de pessoas, 1,5 milhão, foram infectadas próximo ao ano de 2021. Nesse mesmo ano, foram constatados 650 mil óbitos devido a AIDS e, 28,7 milhões das pessoas infectadas pelo vírus tiveram acesso à terapia antirretroviral.

Desde a década dos anos 1980, estudos e medicamentos surgem para controlar e amenizar a multiplicação do vírus no corpo. O uso da medicação é fundamental para evitar o

desencadeamento da AIDS e aumentar o tempo e qualidade de vida saudável dos indivíduos. Como aponta Coutinho *et al.* (2018), desde 1996 o Brasil sancionou a lei no9. 313/96, que garante que o Sistema Único de Saúde (SUS) distribua os medicamentos antirretrovirais. É o primeiro país a acolher uma política pública de acesso à Terapia Antirretroviral, sendo conhecida como TARV. Apenas em 2013, com um novo ideal de frear o avanço da epidemia de AIDS, o SUS iniciou o tratamento para todas as pessoas que convivem com HIV.

3 OS DISPOSITIVOS DE SAÚDE NO BRASIL

Os primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foram criados no ano de 1988 no Brasil. Esses dispositivos tinham como ideal o compromisso do Programa Nacional de DST e AIDS, que promovia o acesso à população brasileira ao diagnóstico e a prevenção do HIV e, conseqüentemente, a outras ISTs na rede pública de saúde. Esse movimento marca uma grande inovação, na prática dos serviços de saúde, pois ofertaram às pessoas a possibilidade de realizar a testagem de forma anônima, e este espaço de aconselhamento como lugar que prosseguir o tratamento (Grangeiro e Ferraz, 2008).

De acordo com os autores, devido às novas informações a respeito da epidemia da AIDS, foi necessário outro olhar para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias para abranger o acesso ao diagnóstico, devido a este risco de contágio em todas as camadas sociais. Os CTAs tiveram sua implantação na rede básica de saúde e, “finalmente, a progressiva implementação do Sistema Único de Saúde trouxe a necessidade da revisão da inserção dos CTA na rede de serviços e de suas atribuições” (Grangeiro e Ferraz, 2008, p.7).

Os indivíduos que convivem com o HIV ou a AIDS no Brasil não estão desamparadas. O SUS oferece amparo em todos os níveis de complexidade, desde o diagnóstico até o tratamento medicamentoso.

A abertura dos CTA está associada à prioridade municipal de diagnosticar o HIV e à existência de uma rede de saúde mais estruturada. Nas cidades onde os CTA estão implantados, o número de testes para cada mil habitantes é 2,4 vezes maior do que em locais onde não há CTA (Grangeiro e Ferraz, 2008, p.11).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UNAIDS destacam a importância de realizar diagnóstico precoce da infecção HIV, que garante o direito dessas pessoas a terem o tratamento e permite aprimoramento de prevenção e de profilaxia da transmissão vertical³. Visto assim, o Ministério da Saúde ativou a política de implantação de novos COAS/CTA com a intenção de uma rede nacional de serviços do diagnóstico do HIV para toda a população, arcando com todos os investimentos desde a infraestrutura física, equipamentos e à capacitação dos profissionais (Grangeiro e Ferraz, 2008).

Como apontam os autores, o CTA passou a ter o papel de monitorar a universalização do diagnóstico de HIV e garantir equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis e o anonimato dos usuários que frequentam este espaço, realizar capacitações de profissionais de saúde com ideal de ampliar a aplicação de testes na rede pública de saúde, promover atividades para a prevenção e apoiar o tratamento medicamentoso no caso de gestantes e outros grupos.

4 PSICANÁLISE E HIV

Em alguns casos, os tratamentos para os soropositivos podem ser elevados em situações emergenciais, devido ao modo como o sujeito pode reagir a este diagnóstico. De acordo com Pinheiro (2013), a infecção do HIV aparece como um corpo estranho, que o sujeito não identifica como seu e negando essa condição, mesmo que não consiga eliminar. A autora apresenta uma visão de que o HIV/AIDS é como uma doença do outro, o que pode acontecer com as pessoas ao nosso redor, mas nunca com nós mesmo. E isto se torna complicado para o processo terapêutico e para o sujeito, pois, a pessoa com o corpo atravessado pelo HIV “passa então a se defrontar com a depressão, a angústia, a negação, a ameaça de suicídio, a drogadição, a sexualidade e suas mais diversas expressões” (Pinheiro, 2013, p.72).

O HIV/AIDS é uma doença (infecção) crônica que está ligada diretamente com o comportamento humano, portanto, o vírus (doença) é carregado por estigmas sociais.

³ A infecção vertical se dá quando a criança é infecta por alguma IST na gestação ou na amamentação.

Pinheiro (2013) relata, que o corpo atravessado pela infecção HIV, na maioria das vezes, apresenta marcas físicas e psíquicas, vulnerabilidade, feminilidade, sexualidade, narcisismo, feminização do HIV/AIDS. As pessoas que foram infectadas sofrem duplamente: com os efeitos no corpo devido ao avanço do contágio no sistema imunológico e também em seu narcisismo, já que vivemos em uma sociedade que idealiza corpos belos, saudáveis e incólumes à morte, ao fracasso ou ao “desajuste”. “Diante disto, faz-se necessário explicar que, no psiquismo, o eu é equivalente ao corpo, ou seja: alterações no corpo são vivenciadas como alterações no eu” (Pinheiro, 2013, p.9).

Como aponta Pinheiro (2013), é importante que entendamos sobre o conceito de um corpo e o narcisismo. A autora relata outros contextos em que ela considera de ordem narcísica, como, por exemplo, a anorexia, a obesidade, a competitividade, a compulsão por compras, o vício em trabalho, a dificuldade em relacionamento, e, porque não, de amar e ser amado. Esses sintomas trazem consigo algo além do que está no corpo. Durante dois anos de escuta de pessoas soropositivas, a autora percebeu que o corpo invadido pela infecção apresentava um narcisismo ferido que estava além de sintomas físicos, encontra-se um preconceito social, a possibilidade de morte, o medo de ter sua condição sorológica revelada para família ou amigos, a culpa pela probabilidade de ter contaminado um(a) parceiro(a), ou a repulsa de quem o(a) contaminou.

De acordo com Moreira (2002), a pessoa portadora de uma doença crônica pode sofrer um grande abalo, estando rodeada de vários questionamentos, tais como: seria essa a condenação pelo uso do corpo sem cuidados? Uma sentença a pagar pelo descuido do próprio corpo? Esses questionamentos têm um grande impacto psíquico e pode ser devastador no sentido da reação no sujeito, operando uma perda narcísica irreparável.

Como aponta Villela (2013), existem muitas críticas direcionadas à psicanálise e sua eficácia para lidar com a AIDS e outras situações emergências. Tais argumentos nos fazem refletir: de que psicanálise se trata?

A autora se opõe a essa crítica da psicanálise não ser eficaz em situações emergenciais, em seu texto “A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional”, relatando sobre a importância da escuta da via pulsional.

Para ficar num exemplo, podemos dizer que uma coisa é a escuta que segue o viés da estrutura – que se destaca pelo remetimento a um determinado lugar –, a outra é a via pulsional, atraída pela multiplicidade, pelos fluxos e pelo indeterminado. Nesta última perspectiva, nada está dado a priori e a estética se faz pelos entrelaçamentos pulsionais (Villela, 2013, p.88).

Freud, em seu texto intitulado “Psicanálise” (1926), sustenta a ideia de que a psicanálise faz mais para o sujeito que se encontra “doente” do que outro tratamento. Entendemos que a psicanálise tem como base a substituição de atos psíquicos que estavam inconscientes por conscientes, “A psicanálise baseia-se firmemente na observação dos fatos da vida psíquica, por isso sua superestrutura teórica é ainda incompleta e sujeita a constante transformação” (Freud, 1926, p.316 e 317). O analista tem como base a fala do seu paciente, o que vai fomentar seu trabalho. Esse espaço é uma experiência da fala no campo da linguagem.

Na escuta psicanalítica o analista vai guiar-se pelas palavras do sujeito para conduzir seu trabalho, que é essencialmente uma experiência que ocorre pela fala no campo da linguagem.

Sabemos que a análise, como uma experiência de ressignificação, vai permitir diversas interpretações do mesmo evento, ou seja, diversos outros significantes, podem ser associados ao evento, por ele ter uma estrutura significante (QUINET, 2009, p.54).

Dentro de uma análise, o sujeito traz consigo muitas reestruturações de um evento. A psicanálise oferta a oportunidade de o sujeito assumir sua história, este lugar de fala pode ocorrer várias ressignificações, oferece a base de sustentação da angústia que, segundo Coropreso e Aguiar (2015), é gerada quando a pessoa se sente incapaz de lidar com perigo que está em sua volta, o externo. Muitas vezes as pessoas soropositivas ocultam seu diagnóstico com medo de serem julgadas e minimizam este impacto social ao tornar velado seu status.

Freud, em seu texto “Novas conferências introdutórias à psicanálise” (1933), especifica sobre as angústias e suas formas. A angústia, para ele, é um estado afetivo. Ela é a junção de

determinadas sensações do que o autor relata ser prazer-desprazer “com as inervações de descarga e elas correspondentes a sua percepção, mas provavelmente também o precipitado de um certo evento significativo (...)” (Freud, 1933, p.224).

Freud (1933) preconizou duas formas de angústia: a angústia realista e angústia neurótica, “a primeira sendo uma reação, que nos aparece compreensível, ao perigo, (...), a um dano que virá de fora (...)” (Freud, 1933, p.224). Essa angústia realista pode se associar aos indivíduos com diagnóstico positivo a HIV, visto que essa notícia chega de fora causando um possível impacto no funcionamento psíquico do sujeito. Freud ressalta que, nessa angústia, há um estado elevado de atenção sensorial e tensão motora, que ele denominou como “disposição à angústia”, de maneira que vai se desenvolver a reação de angústia. Conforme o mesmo texto, na angústia realista

(...) seriam possíveis dois desfechos. Ou o *desenvolvimento da angústia*, a repetição da antiga vivência traumática, limita-se a um sinal, e a reação restante pode adequar-se à nova situação de perigo, procedendo à fuga ou à defesa, ou a situação antiga prevalece, toda razão se esgota no desenvolvimento da angústia e o estado afetivo torna-se paralisante e inadequado ao presente (Freud, 1933, p.225).

No que concerne à angústia neurótica, Freud (1933) ressalta três condições: a de que ela é livremente flutuante, pode-se ligar a qualquer possibilidade que for apresentada para o sujeito; o segundo ponto são as fobias que têm como ideal o perigo externo que na maioria das vezes não condiz com a angústia real, e, por último, a da histeria que acompanha os sintomas. Não há fundamentação visível num perigo que está em sua volta.

5 A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE

Como demonstrado neste texto, as pessoas soropositivas não estão desamparadas. No âmbito da saúde pública, o usuário tem como suporte os CTAs, compostos por profissionais qualificados e também tem acesso e acompanhamentos nos hospitais públicos e privados. No que tange a esse trabalho, faz-se necessário questionarmos que tipo de acolhimento é feito nestes dispositivos. Os profissionais operam a clínica da subjetividade, dando voz às angústias dos pacientes?

Dentro dos dispositivos de saúde, os ambulatórios médicos têm como “sua principal demanda a média e alta complexidade, tendo em vista que os atendimentos buscam diagnosticar doenças ou transtornos e restituir a saúde” (Kahhale, 2003, *apud* Ramminger, Victor, 2018, p 2). Como aponta Ramminger e Victor (2018), percebemos dentro dos dispositivos de saúde que o grande saber vem por meio do médico e, ao paciente, resta a passividade. Ao ser diagnosticado, o sujeito tem sua identidade desestruturada, sendo visto assim a partir de um saber científico preconcebido. Nos casos de HIV, o sujeito entra em possíveis casos de isolamento. Ao iniciar o tratamento medicamentoso, percebe-se a tentativa de critérios de adaptação social, que não tem como foco a fala do sujeito e a verdade da sua patologia.

O que acontece, em alguns casos nas práticas dos profissionais da saúde, em âmbitos institucionais, é o desinteresse pela singularidade do sujeito. O olhar se volta para os sintomas físicos, como o organismo está respondendo à infecção ou tratamento. Com isso, percebemos que a medicina possui um olhar mais atento a fatores verificáveis e a assertiva do tratamento se volta para a eliminação do sintoma físico apresentado. Como aponta Ramminger e Victor (2018), não é o caso de desconsiderarmos a importância do saber médico e nem da necessidade do controle orgânico da doença, mas destacamos aqui o lugar que a experiência subjetiva ocupa na relação saúde-doença dos pacientes soropositivos.

Diante disso, a escuta psicanalítica nos dispositivos de saúde visa proporcionar outra visão para esse sujeito adoecido. Aqui, há o respeito pelo tempo do paciente, principalmente em casos de revelação do diagnóstico. Este momento tem grande impacto e vai além de apresentar um dado diagnóstico (Castellani e Moretto, 2016). De acordo com Ramminger e Victor (2018), o psicanalista não deve ter um olhar generalizado sobre os casos, mas sim, contribuir para que a subjetividade não seja obstruída pelo saber científico.

Castellani e Moreto (2016) perceberam, por meio de variadas escutas de pessoas que vivem com HIV, que dentro dos discursos do sujeito, o HIV é um segredo guardado a sete chaves, somente revelado para pessoas próximas ou familiares. O trabalho médico e dos profissionais que estão sobre a égide da ordem médica, dentro dos dispositivos de saúde, muitas vezes demonstram desinteresse pelo discurso do paciente. As autoras afirmam ter um movimento para excluir a singularidade, eliminando assim as diferenças dos sujeitos por onde

a subjetividade se manifesta, no intuito de encontrar uma objetividade científica e terapêutica.

Temos como base a proposta que Freud nos deixou, em que a ênfase não está no saber do médico ou do psicólogo, e sim do paciente. Devemos deslocar este lugar de fala para o sujeito, já que ele sabe de si e de seus sofrimentos. Esse lugar diferenciado da escuta analítica se ocupa em extrair o que está em estado de grande desordem no sujeito. A clínica psicanalítica aposta, portanto, na palavra de um sujeito que está em sofrimento, caminhando, assim, para o que Freud intitula cura pela fala.

Como apontado anteriormente, o diagnóstico de HIV pode levar o sujeito a um estado de angústia. Esse estado de mal-estar muitas vezes se caracteriza pela urgência do sujeito em livrar-se da angústia que lhe acomete. Nesse sentido, o sujeito acometido pela pressa, urgência, apresenta dificuldade de desenvolver uma narrativa sobre si e sua história, tanto em referência ao passado quanto ao momento presente. Lacan (1945), em seu texto “O tempo lógico e asserção de certeza antecipada”, introduz sua concepção de tempo lógico no que diz respeito à experiência subjetiva. Para o autor, trata-se de tomar o tempo como acontecimento lógico. Ele, então, divide esse tempo em três momentos: instante de olhar; tempo para compreender e o momento para concluir. “O tempo lógico tal como foi formulado por Lacan mostra-nos que o tempo é tomado como um acontecimento lógico que permite chegar a uma conclusão de uma certeza antecipada” (Azevedo, 2019, p.84).

De acordo com Azevedo (2019), a certeza adquirida do tempo lógico se difere da certeza da angústia, uma vez que essa não é o resultado de um saber e de um raciocínio puramente lógico, e sim de uma lógica de ação de avanço de concluir devido à pressa. Portanto, o sujeito, diante do diagnóstico de HIV - nesse tempo de angústia, fica preso no instante de ver/olhar, “paralisado, sem a possibilidade de um ato que tire dessa condição” (Azevedo, 2019, p.85).

No instante de ver/olhar, temos um sujeito confundido no tempo, podendo assim tomar por verdade algo que está fora do seu saber. Este tempo é primordial e pode consumir todo o tempo de compreender, saltando diretamente para o momento de concluir ou ficando preso nele. “O instante de ver é um momento de fulguração, em que o tempo é igual a zero.

Isso corresponde a um sujeito impessoal, no qual não há um raciocínio, apenas uma constatação do que se pode ver nesse momento” (Azevedo, 2019, p.86).

O tempo para compreender é o tempo de elaboração, hesitação e adiantamento. Lacan (1945) nos diz que este tempo pode ser absorvido pelo instante de ver, pois, esse momento é o tempo do sujeito que ali se encontra, podendo assim levar um certo tempo para sair deste instante. “A objetividade desse tempo vacila com seu limite” (Lacan, 1945, p.206). Esse instante gera sujeitos indefinidos e, é por meio deste espaço para elaborar, que o sujeito passa para o terceiro momento, o de concluir.

Segundo Azevedo (2019), é neste tempo que o paciente vai fazer uma meditação para formulação de uma hipótese que é crucial à emergência do sujeito. É nesse momento que o psicanalista abre espaço para o sujeito. O movimento é o de deslocar o sujeito desta urgência subjetiva do instante de ver para “um tempo (...) de articular uma nova cadeia significativa do sujeito em que manejamos o tempo de compreender” (Azevedo, 2019, p.88). O tempo de compreender nas situações de urgência, aparece como tempo de possibilidade de subjetivação da realidade.

O momento para concluir, finalmente, é “quando a pressa e a urgência levam a uma conclusão” (Azevedo, 2019, p.86). Como nos diz Lacan (1945), é neste momento que o paciente vai concluir a respeito da certeza antecipada, é uma retomada do tempo de compreender, “essa instância ressurgue (...) sob o modo subjetivo de um tempo de demora (...), e se apresenta logicamente como a urgência do momento de concluir” (Lacan, 1945, p.207). É nesta instância que o psicanalista tem a função de possibilitar a passagem para o tempo de compreender, pois, é quando o sujeito conclui seu movimento no tempo lógico que se apresenta de forma assertiva. No progresso das instâncias, a conjunção no tempo de compreender

(...) se vincula a uma *motivação* da conclusão, “*para que não haja*” (demora que gere erro), onde aparece aflorar a forma ontológica da angústia, curiosamente refletida na expressão gramatical equivalente, “*por medo de que*” (a demora gere erro)... (Lacan, 1945, p.207, grifos do autor)

Como aponta Azevedo (2019), o momento de concluir o ato se precipita ao próprio sujeito. Neste momento o sujeito passa pela dessubjetivação, movimento que extrai a subjetividade, reduz o sujeito a um ato de responsabilização. Este momento é tempo de concluir, em que o sujeito produz algo sobre sua urgência subjetiva. “No fim o momento de concluir é o ato do analisante” (Azevedo, 2019, p. 94, *apud* Finfermann, 2009, p.70).

6 PARA CONCLUIR

O propósito deste trabalho foi discutir o lugar que o sujeito soropositivo ocupa nos dispositivos de atendimento em saúde pública. Para tal, destacamos a psicanálise como uma via de acesso e acolhimento ao sujeito em sofrimento. Por meio da escuta, podemos ofertar a possibilidade dos sujeitos de dizer sobre suas angústias e encontrar uma resposta que dê amparo diante de seu sofrimento. A psicanálise nos ensina que o processo de elaboração é do analisando e cabe ao analista ser uma ferramenta para estas pessoas, que se encontram adoecidas psiquicamente.

Como apresentado, o posicionamento que insistimos em relação ao HIV é o de ofertar a escuta, dando voz a subjetividades dos sujeitos adoecidos. A escuta é um instrumento de trabalho que permite o estabelecimento de um laço produtivo, que visa ao fazer clínico e à produção de saber que lhes é consequente. A escuta vai além do sentido da audição, tem a ver com engajar-se no discurso do outro.

Este trabalho teve, portanto, a proposta de destacar a importância da escuta em vários contextos, não somente ser um instrumento utilizado por psicanalistas ou psicólogos, mas, para todos os profissionais que compõem uma equipe nos dispositivos de saúde. A importância da escuta para toda a equipe é a de ultrapassar o olhar do diagnóstico e reconhecer um sujeito com especificidades por trás do diagnóstico. O que e quem se deve escutar é o ponto nodal para se fazer a diferença entre um olhar apressado em remitir o sintoma e uma abordagem que visa subjetivar a queixa do paciente. A psicanálise é a referência fundamental na formulação dessa proposta. Enfatiza-se a importância do trabalho em equipe e sua disponibilidade para tratar situações singulares e inventar soluções não-previstas.

Em situações emergenciais de experiência subjetiva, a escuta se torna uma ferramenta importante de acolhimento. Situações de urgência subjetiva requerem sutileza na escuta, bem como precisão e agilidade na condução de cada caso. O fato de a psicanálise fundamentar a escuta no trabalho com pacientes acolhidos em CTAs ou outros equipamentos de saúde, visando ir além das queixas e demandas mais imediatas, pode favorecer um encaminhamento que dê início a um processo que ultrapasse a visão patologizante e discriminatória e contribui para um acolhimento mais humanizado nos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, Elaine. **Da pressa à urgência do sujeito – Psicanálise e urgência subjetiva**. Analytica. V.7. N.13. São João Del Rei. Jul./dez. de 2018.
- AZEVEDO, Elaine. **Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva no hospital geral**. Edt. Appris. Curitiba-PR. 2019.
- BARROS, Romildo. **A Urgência subjetiva**. In: instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro (org.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008.
- BRASIL. Nº 9.313. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. 13 de novembro de 1996. D.O. de 14/11/1996, p. 23725.
- CAROPESO, Fátima. AGUIAR, Marina. **O conceito de angústia na teoria freudiana inicial**. Nat. hum. vol.17 no.1 São Paulo 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000100001 .Acesso em: 22 mar. 2022.
- CASTELLANI, Mayara Moreira Xavier. MORETTO, Maria Livia Tourinho. **A experiênciada revelação diagnóstica de HIV: O discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista**. **Rev. SBPH** vol.19 no. 2, Rio de Janeiro – Ago./Dez. – 2016. Disponível em: file:///C:/http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200003. Acesso em: 20 set. 2022.
- COUTINHO, Maria Fernanda Cruz. O'Dwyer, Gisele. Frossard, Vera. **Tratamento antirretroviral: Adesão e a influência da depressão em usuários com hiv/aids atendidos na atenção primária**. **Saúde debate** 42 (116) Jan-Mar 2018. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/148-161/pt/>>. Acesso em: 20 set. 2022.
- Entrevista: Bióloga explica o HIV e o estigma da doença**. Disponível em:<https://bioemfoco.com.br/noticia/entrevista-hiv-aids-estigma/>. Acesso em:17 out. 2021.
- FREUD, Sigmund. **Psicanálise**. In: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Obras completas. V.17. São Paulo: Companhia das letras. 2020.(obra publicada em 1926).

FREUD, Sigmund. **Novas conferências introdutórias à psicanálise**. In: FREUD, S. **Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. Obras Completas. V.18. São Paulo: Companhia das letras. 2020. (obra publicada em 1933).

GRANGEIRO, Alexandre. FERRAZ, Dulce. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Instituto de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids do Estado de São Paulo. Brasília. 2008.

LACAN, Jacques. **O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada**. In: LACAN, J. **ESCRITOS**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (obra original publicada em 1945).

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **Clínica da melancolia**. São Paulo: Escuta; Belém: Edufpa, 2002.

MORENO, Diva Maria Faleiros Camargo. REIS, Alberto Olavo Advíncula. **A revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento**: versão do usuário. Temas psicol. vol.21. n. 3 Ribeirão Preto dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003>. Acesso em: 30 ag. 2022.

PINHEIRO, Amanda Cristina Serrão. **A pesquisa em psicanálise no hospital corpos marcados pelo hiv/aids**. Univ. Federal do Pará. Instituto de filosofia e ciências humanas. Programa de pós-graduação em psico. Belém - PA 2013. Disponível em: <https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Turma%202011/Amanda%20Cristina%20Serr%C3%A3o%20Pinheiro.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PINTO, Agnes Caroline. PINHEIRO, Patrícia. VIEIRA, Neiva. ALVES, Maria Dalva. **Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos**. Fortaleza-Ce. 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf> . Acesso em: 22 mar 2022.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições da análise**. 12ª edição. Zahar. Rio de Janeiro. 2009.

RAMMINGER, Aline. VICTOR, Rita. **A presença da psicanálise como dispositivo analítico nos ambulatórios médicos da saúde pública**. Trabalho de conclusão de curso. 2018. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/76>. Acesso em: 20 set. 2022.

SÁ, Amanda Araújo Malta. SANTOS, Cristina Vianna Moreira. **A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/AIDS**. *Psicologia: ciência e profissão*. 38(4). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/7j5XxDpZdLXtCC83g85kctw/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2022.

UNAIDS. **Estatísticas**. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 19 ag. 2022.

VILLELA, Angela Bezerra. **A atualidade da psicanálise: Do HIV à escuta pulsional**. *Cad. psicanal.* vol.35 no.29 Rio de Janeiro dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141362952013000200005. Acesso em: 20 set 2022.