

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Sandra Rozenblit Tiferes**

**O impacto do início do tratamento em portadores do vírus da  
hepatite c: uma leitura lacaniana**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**São Paulo  
2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Sandra Rozenblit Tiferes**

**O impacto do início do tratamento em portadores do vírus da  
hepatite c: uma leitura lacaniana**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de título de MESTRE em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Profa. Dra. Edna Maria Peters Kahhale.

São Paulo  
2010

Banca examinadora

---

---

---

Ao meu pai, que mesmo não estando mais ao meu lado, me ajuda muito com tudo que me deixou. Tenho certeza que onde estiver, está torcendo por mim.

Ao meu marido, companheiro e amigo, que sempre acreditou em mim, ajudando-me a ir em frente, mostrando caminhos com muita paciência e amor.

Aos meus filhos, que iluminam e alegam meu caminho.

À minha mãe com todas as “ajudas” e por ser uma pessoa tão especial.

Aos meus sogros, com todo apoio e carinho a mim e aos meus filhos.

## Agradecimentos

À minha orientadora, Profa. Dra. Edna Maria Peters Kahhale, por sua disponibilidade, ensinamentos, incentivo e respeito, durante a elaboração desta dissertação.

Às Prof.(as). Dra(s) Sandra Dias e Rosa Tosta pelos questionamentos e sugestões apresentadas durante o exame de qualificação, que muito contribuíram para o encaminhamento deste trabalho.

Ao Dr. Paulo Abrão, médicos e residentes da Unifesp pela colaboração, interlocuções e encaminhamentos dos participantes.

Aos professores e amigos do núcleo de Psicossomática e Psicologia hospitalar da Pós-graduação da Psicologia Clínica.

À amiga Maria Elisabeth Egídio de Carvalho pela leitura e contribuição neste trabalho.

Aos usuários do ambulatório de doenças infecciosas da Unifesp que aceitaram participar deste trabalho.

*“Não entendo.  
Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender.  
Entender é sempre limitado.  
Mas não entender pode ter fronteiras.  
Sinto que sou mais completa (o)  
quando não entendo.  
... Só que de vez em quando vem a inquietação:  
quero entender um pouco.  
Não demais: mas pelo menos  
entender o que não entendo.”*

*Clarice Lispector*

## RESUMO

TIFERES, S.R. **O impacto do início do tratamento em portadores do vírus da hepatite C: uma leitura lacaniana.** Dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia: Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia, 2010.

O diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, sociais, familiares e profissionais. Nas doenças infecciosas crônicas de origem viral, os atuais protocolos e consensos de tratamento aos infectados concentram-se no combate ao vírus e geralmente não contemplam estas situações, o que torna ainda mais difícil para a pessoa suportar o tratamento. No caso da hepatite C o diagnóstico, na maioria das vezes, não é descoberto por sintomas físicos, mas por doação de sangue ou exames laboratoriais de rotina. Portanto há um impacto maior no recebimento deste diagnóstico, o que parece se repetir quando é necessário o início do tratamento medicamentoso que pode ocorrer anos após o recebimento deste diagnóstico. A partir da psicanálise lacaniana, neste estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa com o objetivo geral de oferecer um espaço de escuta de modo a: surgir demanda para um atendimento psicanalítico, pois ao falar, as pessoas infectadas podem conhecer suas histórias, suas cadeias de significantes, medos, fantasias e angústias, podendo assim estar menos alienadas e mais ativas no processo que estão vivendo; apreender o impacto do diagnóstico na pessoa infectada pelo vírus até a necessidade de iniciar o tratamento medicamentoso; mostrar as possibilidades de contribuições de um psicanalista em hospitais e enfermarias. Foram acompanhados, durante um semestre, cinco usuários, antes de iniciarem o tratamento, no Ambulatório de Infectologia da UNIFESP. Foi utilizado como instrumento para o primeiro atendimento um roteiro de entrevista semiestruturada para o estabelecimento de um vínculo transferencial e fornecer aos participantes oportunidade para se familiarizarem com o *setting* proposto. Nos encontros subsequentes utilizou-se a associação livre, método fundamental da psicanálise. Como resultado pode-se perceber que para cada indivíduo, o diagnóstico levanta uma questão singular que tem ligação com sua história de vida com suas próprias cadeias de significantes ligadas ao recalque originário, à Lei como interdição, e ao desejo de se constituir como desejo do Outro. Para Laura, o diagnóstico retoma a questão do abuso sexual, agressividade e morte. Para Mário o diagnóstico retoma sua questão de como ser homem e agradar uma mulher o que o levou às drogas e conseqüentemente à infecção. Portanto, oferecer um espaço de escuta possibilitou que estas questões individuais pudessem surgir e pela intervenção analítica pôde ocorrer a implicação de cada um dos sujeitos no seu sintoma e tratamento.

Palavras chaves: hepatite C, psicanálise lacaniana, sintoma, escuta.



## ABSTRACT

TIFERES, S.R. **O impacto do início do tratamento em portadores do vírus da hepatite C: uma leitura lacaniana.** Dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia: Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia, 2010.

The diagnosis of a chronic illness affects all spheres of a person's life, causing physical, social, family and professional changes. In chronic infectious diseases of viral origin, current protocols and consensus towards treatment for infected individuals focus on fighting the virus and usually do not cover these situations, what makes it more difficult for the patient to withstand the treatment. In most cases, hepatitis C is not discovered by physical symptoms, but by blood donation or routine laboratorial tests. So there is a great impact when receiving this diagnosis, that seems to be repeated when the drug treatment is prescribed, and this can occur years after receiving the diagnosis. In this study, based on Lacanian psychoanalysis, a qualitative research has been carried out with the overall objective of providing a space for listening in order to: provide the emergence of a demand for psychoanalytical treatment, as when speaking, people who are infected can be aware of their stories, their signifying chain, fears, fantasies and anxieties, and therefore become less alienated and more active in the process they are experiencing; to understand the impact of the diagnosis for the person infected by the virus until the start of treatment with drugs; to demonstrate the possibility of contributions from a psychoanalyst in hospitals and wards. Five patients were followed up during a half year, before starting the treatment at the Clinic of Infectious Diseases of UNIFESP (Federal University of São Paulo). Semi-structured interviewing was used as an instrument for the first meeting to establish a transference relationship and provide the participants with an opportunity to familiarize with the proposed setting. In subsequent meetings it was used free association, main method of psychoanalysis. As a result it could be seen that for each individual, the diagnosis raises a unique matter that is connected to his life story, to his own chain of signifiers linked to primal repression, Law as interdiction, and the desire to establish himself as the desire of the Other. For Laura, the diagnosis recalls sexual abuse, aggression and death issues. For Mario the diagnosis brings back the matter of how to be a man that can please a woman, which has led him to drugs and consequently to the infection. Therefore, providing a space for listening allowed individual issues to surface and through analytical intervention it was possible to promote the involvement of each of the individuals with their own symptoms and treatment.

Keywords: hepatitis C, Lacanian psychoanalysis, symptom, listening.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1 PSICANÁLISE E HOSPITAL.....</b>	<b>11</b>
1.1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA.....	15
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	20
<b>2 PARÂMETROS PARA A ESCUTA PSICANALÍTICA NO CAMPO HOSPITALAR.....</b>	<b>21</b>
2.1 O INCONSCIENTE.....	21
2.2 DESEJO.....	25
2.3 CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO.....	28
2.4 SINTOMA E ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL.....	32
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
3.1 LOCAL.....	39
3.2 ROTINA DO AMBULATÓRIO.....	39
3.3 SUJEITOS.....	40
3.4 INSTRUMENTOS.....	41
3.5 Procedimento.....	41
3.6 COLETA DE DADOS.....	42
3.7 CUIDADOS ÉTICOS.....	44
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
4.1 SÍNTESE DOS CASOS ATENDIDOS.....	45
4.1.1 Relato caso Laura.....	45
4.1.2 Relato caso Mário.....	55
4.1.3 Relato caso Andréa.....	62
4.1.4 Relato caso Márcia.....	67
4.1.5 Relato caso Tânia.....	73
4.2 SOBRE O <i>SETTING</i> ANALÍTICO.....	79
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>92</b>

## APRESENTAÇÃO

No ano de 2007 resolvi entrar no mestrado da PUC para continuar as minhas pesquisas sobre a necessidade da psicanálise nos ambulatórios e hospitais gerais que atendem pacientes com patologias graves.

Por meio da minha orientadora tomei conhecimento do trabalho de intervenção e pesquisa aos infectados pelo HIV, que havia sido realizado no ambulatório de Doenças Infecto-Contagiosas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A partir daí soube que devido ao aumento de casos de hepatite C este mesmo ambulatório fez um pedido a Universidade para que este projeto abrangesse também as hepatites. Iniciou-se então um projeto que se inseriu no programa de pesquisa Relações de Gênero e Sexualidade: a transversalidade com a adesão ao tratamento em HIV/AIDS tendo como vertente a hepatite C.

As hepatopatias crônicas têm tido um destaque especial entre as doenças infecto-contagiosas pelo aumento significativo de casos registrados nos últimos anos. Dentre elas, a hepatite C é a que se sobressai por ser assintomática, o que esconde sua gravidade e retarda o diagnóstico tornando-se um problema de saúde pública.

De acordo com o Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula a existência de 170 milhões de pessoas infectadas com o vírus da hepatite C no mundo, e no Brasil estima-se cerca de três milhões de infectados. Como a maioria das pessoas desconhece seu diagnóstico, a cadeia de transmissão da infecção se agrava e, por isso, a hepatite C é considerada "a grande pandemia do próximo milênio" (PASSOS, 1999, p. 226), conquistando cada vez mais espaço nas discussões das políticas públicas brasileiras.

A partir da revisão de literatura várias dúvidas me vieram e senti muita vontade de participar deste projeto. Fiquei imaginando como seria a reação de uma pessoa que ao doar sangue descobre que apresenta um vírus em seu organismo e que mesmo sem ter nenhum sintoma físico precisará fazer um

tratamento que pode causar diversos efeitos colaterais. Como seria receber este diagnóstico? Qual seria sua fantasia sobre como se infectou? Quais são os sintomas físicos e psíquicos que se apresentam neste momento anterior ao tratamento? Teria uma preparação para iniciar este tratamento? Como este tratamento seria realizado nas pessoas que já apresentaram ou apresentam depressão já que estudos mostram que há uma correlação entre estas patologias?

A partir destas reflexões pensei em fazer um estudo com as pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C, conhecendo sua história, desde como descobriram o vírus até suas fantasias em relação “à infecção”, os sintomas, as angústias relacionadas ao tratamento, e também como seria a atuação do psicanalista com as pessoas que frequentam a instituição.

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

## CAPÍTULO I

### PSICANÁLISE E HOSPITAL

Durante muitos anos questionou-se sobre os limites e possibilidades da psicanálise no hospital. Diante da recusa de não ceder a este desafio tem havido cada vez mais, discussões e produções científicas que propiciam avanços teóricos que sustentam a psicanálise nos hospitais (BASTOS, 2006; ELIAS, 2008; MORETTO, 2001; OCARIZ, 2002). Deste modo, nos últimos tempos, psicanalistas têm trazido importantes colaborações a esses atendimentos, oferecendo a oportunidade de se repensar procedimentos e postulados da psicanálise.

Freud era médico e ao iniciar suas primeiras experiências de investigação sobre o psiquismo com suas pacientes histéricas, demonstrou o quanto o hospital pode revelar-se como um espaço para observar o sujeito humano diante de sua fragilidade psíquica, quando acometida por um acontecimento somático que se inscreverá irremediavelmente no psiquismo, que se expressa no campo da fala e da linguagem.

Em 1919 Freud coloca a necessidade da extensão da prática da psicanálise para além dos limites dos consultórios, alertando para a necessidade de adequar a técnica às novas condições, com o rigor que esta prática comporta. Sendo a escuta psicanalítica a principal ferramenta de trabalho dos psicanalistas, é necessário estar atento às questões que surgem em um hospital geral. Este é composto por pessoas que apresentam demanda de tratamento orgânico, onde muitas vezes, sofrimento, angústias e medos transcendem o biológico. Porém, por falta de alternativa, estas se expressam no corpo e, conseqüentemente são endereçadas aos médicos.

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

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

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

Do ponto de vista médico, dificilmente tem sido possível estabelecer correlações entre relatos subjetivos e emocionais com a expressão clínica do adoecimento, dada a impossibilidade, pela metodologia da clínica médica, de abordar questões implicadas no processo de constituição subjetiva. Assim, as significações imaginárias sobre a origem da doença são abandonadas em prol da ideia de uma etiologia puramente orgânica. Segundo Clavreul (1983), a medicina não pode levar em conta esse “mal-estar” subjetivo pelo qual a psicanálise tanto se interessou porque sobre isso ela, a medicina, tem pouco a dizer, pois não é seu foco de trabalho.

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

Porém, sabemos que muitas vezes, quando alguém pede algo, isso não é igual àquilo que se deseja, pois há uma diferença entre aquilo que se demanda e

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

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

Portanto, a psicanálise instaura outro discurso. Suas referências são diferentes das da prática médica e por isso, o diagnóstico psicanalítico jamais poderá ser feito a partir dos limites e ou das possibilidades do diagnóstico médico, mas sim dentro dos próprios fundamentos teóricos da psicanálise. Os médicos irão cuidar da doença, dos sintomas clínicos, e os psicanalistas irão cuidar do processo subjetivo do indivíduo e de como o diagnóstico está afetando este processo. Isto mostra que mesmo que a pessoa possua o diagnóstico de uma doença crônica, este diagnóstico está inserido em algo muito maior e que é singular a cada um que recebe este diagnóstico, ou seja, está relacionado com sua história de vida. O inconsciente do sujeito se desenvolve para além do real do sintoma no corpo imprimindo em seu adoecer as marcas de sua história, que diz respeito ao seu processo singular.

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

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

Portanto, se o desejo do analista for de escuta, despertará no sujeito o desejo de ser escutado, possibilitando o aparecimento de um discurso no qual se reencontra um outro desejo, encoberto pelo sintoma. Desta forma, cria-se um espaço diferenciado no qual a pessoa acometida por uma doença, que tem sempre algo a dizer, pode recuperar seu desejo articulado ao sintoma.

O psicanalista pode oferecer sua presença e sua escuta, podendo assim realizar seus atendimentos em qualquer lugar, como enfermarias ou ambulatórios. Como diz Elias (2008), onde for possível falar e escutar, ali está o inconsciente, com seu movimento à mostra, pronto para ser capturado em seu discurso. Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e a história do sujeito persiste para além do corpo biológico.

Concluindo, a prática psicanalítica pode-se dar desde o pronto-socorro, enfermarias, salas de espera, salas de procedimentos cirúrgicos, ambulatórios até em clínicas específicas como doenças infecto-contagiosas, cardiologia, endocrinologia, entre outras. O importante é o desejo de escutar o que possivelmente despertará no outro o desejo de ser escutado. Esse desejo não se refere a uma compreensão, mas a uma dessubjetivação, ou seja, do analista ausentar-se como pessoa para poder escutar o sujeito em sua singularidade dentro de uma cadeia de significantes que o remete à sua própria história. A escuta é a única ferramenta pelo qual pode emergir a verdade do sujeito a partir



da transferência permeada pelo princípio da neutralidade e da abstinência. Portanto, a escuta foi o instrumento utilizado para os atendimentos das pessoas que estão vivendo com o vírus da hepatite C com o objetivo de surgir demanda para um atendimento psicanalítico. Como o diagnóstico é recebido de maneira inesperada, pois a maioria das pessoas não apresenta sintomas clínicos, o diagnóstico é uma invasão do real na vida dessas pessoas e por isto a necessidade de se conhecer um pouco sobre a hepatite C.

No capítulo seguinte apresentamos alguns dados sobre a hepatite C, com o objetivo de conhecer a infecção, formas de transmissão, tratamento e efeitos colaterais causados pela medicação, para depois apresentarmos os conceitos psicanalíticos e a viabilidade do atendimento psicanalítico no ambulatório de doenças infecto-contagiosas.

## 1.1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA

Este trabalho foi pensado a partir de um pedido médico do ambulatório de Doenças Infecto-Contagiosas da UNIFESP. Inicialmente, em 2001 houve um pedido de intervenção psicológica e pesquisa com pessoas vivendo com HIV/AIDS com foco na adesão ao tratamento, pois o número de pessoas que desistiam ou não seguiam as prescrições medicamentosas, chamava a atenção dos médicos. Como as pessoas não continuavam um tratamento tendo à disposição recursos que poderiam melhorar sua saúde? Como tentativa de resposta a esta solicitação foi realizado um trabalho de Iniciação Científica e duas dissertações de mestrado.

Devido ao aumento de casos de hepatites atendidos neste mesmo ambulatório, este pedido se estendeu também a hepatite C. Iniciou-se, então, um projeto que se inseriu no Programa de pesquisa Relações de Gênero e Sexualidade: a transversalidade com a adesão ao tratamento em HIV/AIDS tendo como vertente a hepatite C. Deste surgiu um trabalho de iniciação científica e o presente trabalho de mestrado em Psicologia Clínica com o enfoque de, a partir de uma leitura da psicanálise lacaniana, oferecer um espaço de escuta às pessoas vivem com o VHC, de forma a: surgir demanda de atendimento

psicanalítico, apreender o impacto do diagnóstico até a necessidade de iniciar o tratamento medicamentoso e mostrar as possibilidades de contribuições de um psicanalista em hospitais e enfermarias.

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008) a hepatite C vem sendo apontada como a mais importante pandemia deste início do século XXI, sendo responsável pela maioria dos casos de transplantes de fígado em vários países.

É uma doença que causa uma inflamação no fígado, que não gera uma resposta imunológica adequada do organismo, com um longo período de evolução, pois em geral demora cerca de 20 anos para se desenvolver cirrose hepática ou câncer no fígado. Quando o vírus é detectado, a pessoa deve ser submetida a outros exames para verificar a possibilidade de iniciar o tratamento, geralmente com os medicamentos Interferon e Ribavirina. Nem todos os infectados pelo vírus HCV necessitam de tratamento, e quando se faz necessário, seu início depende da condição clínica do usuário, que é avaliada com exames laboratoriais específicos. A cura varia de 50 a 80% dos casos, e diversos estudos demonstram que os danos causados pelo vírus no fígado cessam completamente, além de haver melhoras consideráveis na regeneração do órgão (44% dos infectados) (VARALDO, 2007).

De acordo com a Secretaria de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2008), a hepatite C é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite C (HCV), conhecido anteriormente por hepatite Não A Não B, responsável por 90% dos casos de hepatite transmitida por transfusão de sangue sem agente etiológico reconhecido. O agente etiológico é um vírus RNA, da

família flaviviridae, podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática.

De um modo geral, na fase aguda, 80% dos casos são assintomáticos (FERREIRA e SILVEIRA, 2004), porém, entre 30% a 40% dos casos podem ocorrer sintomas como febre, mal-estar, cefaléia, dores musculares, náuseas e vômitos, até sintomas como icterícia (pele e olhos amarelados), colúria (urina muito escura) e hipo ou acolia fecal (fezes esbranquiçadas). O fígado pode estar dolorido devido à inflamação (LIGA DE HEPATITES-UNIFESP, 2007). Em complicações avançadas, a hepatite C também pode ser associada à falta de concentração, confusão mental, disfunção cognitiva, tonteiras e problemas de visão periférica, depressão e mudanças de humor.

Ao contrário das hepatites A, B e D, ainda não se tem uma vacina para o vírus da hepatite C. Em média, 80% das pessoas que se infectam não conseguem eliminar o vírus, evoluindo para formas crônicas. Os restantes 20% conseguem eliminá-lo dentro de um período de vacina para o vírus da hepatite C. A manifestação de sintomas da hepatite C em sua fase aguda é extremamente rara. Entretanto, quando presente, ela segue um quadro semelhante ao das outras hepatites. Porém, quando a reação inflamatória nos casos agudos persiste sem melhoras por mais de seis meses, considera-se que a infecção está evoluindo para a forma crônica. O hepatocarcinoma também faz parte de uma porcentagem do quadro crônico de evolução desfavorável.

Por isto, a grande importância de novos estudos e o controle da transmissão da doença, o que na maioria das vezes acontece de uma forma desconhecida para a pessoa, que também a transmite sem conhecimento. Como muitas vezes, o diagnóstico da infecção é descoberto por outros motivos, como exames para alguma cirurgia ou doação de sangue, a pessoa pode passar anos sem que seja necessário iniciar o tratamento. Como será viver sabendo que possui um vírus e que precisa esperar o momento certo para tratá-lo? E quando este momento chega, qual é o impacto vivido neste momento?

O tratamento medicamentoso, além de ser bastante caro, pode produzir vários efeitos colaterais no indivíduo infectado. Segundo Jorge (2003), os efeitos colaterais causados pela combinação dos medicamentos (Ribavirina e Interferon) são: leucopenia (diminuição dos glóbulos brancos), neutropenia (diminuição dos

neutrófilos), trombocitopenia (diminuição das plaquetas), anemia hemolítica (devido à quebra anormal de hemácias), tontura, borramento da visão, fadiga, dor torácica, dificuldade de concentração, depressão, agressividade, ansiedade, irritabilidade, insônia e outros transtornos psiquiátricos, sintomas gripais como febre, dores musculares e dores de cabeça, sintomas gastrointestinais como náuseas e falta de apetite, sintomas respiratórios como tosse e falta de ar, dificuldade no controle de diabetes, disfunção da tireóide (hiper ou hipotireoidismo), sintomas dermatológicos como descamações e perda de cabelos e riscos aumentados de defeitos de nascença em bebês de mães em tratamento.

Muitas vezes podem ser tão intensos a ponto de a pessoa abandonar o tratamento ou o mesmo ser suspenso pelo médico. Alguns dos efeitos neuropsíquicos mais conhecidos são: alteração do sono, insônia, mialgias, fadiga, dificuldade de concentração, depressão, agressividade, ansiedade e irritabilidade. Conforme Mulhall e Younossi (2005), esses efeitos colaterais são mais intensos nas primeiras doze semanas, com maior impacto nas quatro primeiras semanas de tratamento e respondem por cerca de 10% a 14% dos casos de suspensão do tratamento.

É importante ressaltar que existe uma variabilidade, ou seja, esses efeitos colaterais variam de pessoa para pessoa. Pode-se até mesmo não aparecer nenhum efeito colateral. Alguns indivíduos apresentam sintomas psicológicos ou um diagnóstico de transtorno mental associado ao uso da medicação, principalmente aqueles com história de transtorno psiquiátrico ou de abuso de substância psicoativas (NEVES; DICKENS; XAVIER, 2006). Essas pessoas parecem ter um risco aumentado para depressão durante o tratamento. Porém é preciso pensar que a intensidade ou aparecimento de um ou mais efeitos colaterais é diferente de pessoa para pessoa, o que abre espaço para considerar que está em jogo a singularidade e a subjetividade de cada um.

Temos que considerar que o diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, sociais, familiares, profissionais e no caso de infecção por um vírus, o preconceito e o medo da infecção. No caso da hepatite C, o tratamento pode ocasionar efeitos colaterais, complicações ou sequelas pelos medicamentos empregados, afetando

o relacionamento social e familiar no dia a dia. Os atuais protocolos e consensos de tratamento efetuados por médicos especialistas concentram-se praticamente no combate ao vírus e, geralmente, não conseguem contemplar a diversidade das situações de vida diária das pessoas, o que torna ainda mais difícil suportar o tratamento.

Os médicos estudaram e foram preparados para tratar e se possível curar os sintomas orgânicos apresentados por aquela pessoa que vem ao seu encontro pedir ajuda. Como lidar com as diferenças, com aqueles que não querem receber ajuda, que optam pelo não tratamento ou que reagem de forma agressiva, fazendo mal a si mesmo ou a outros? O que os psicanalistas têm a contribuir para essas situações? Essas reações poderiam ter relação com o impacto do diagnóstico e o início do tratamento médico? Como o sujeito reage ao tomar conhecimento de que é portador de um vírus que pode causar sérios problemas à sua saúde? Qual a dimensão subjetiva desta nomeação do diagnóstico dado pelo médico?

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

Estes são pontos desenvolvidos no decorrer deste trabalho, com o objetivo de oferecer escuta para um atendimento psicanalítico, propiciando que as pessoas sejam mais ativas no processo que estão vivendo.

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo geral:

Oferecer um espaço de escuta segundo os parâmetros da psicanálise lacaniana de modo a:

- ◆ Surgir demanda para um atendimento psicanalítico, e que ao falar, as pessoas infectadas possam conhecer suas histórias, suas cadeias de significantes, medos, fantasias, angústias, podendo assim estar menos alienadas e mais participativas no processo que estão vivendo.
- ◆ Apreender o impacto do diagnóstico na pessoa infectada pelo vírus da hepatite C até a necessidade de iniciar o tratamento medicamentoso.
- ◆ Mostrar as possibilidades de contribuições de um psicanalista em hospitais e enfermarias.

## CAPÍTULO 2

### PARÂMETROS PARA A ESCUTA PSICANALÍTICA NO CAMPO HOSPITALAR

Neste capítulo são apresentados alguns operadores da psicanálise lacaniana, que foram usados como parâmetros para a escuta psicanalítica no campo hospitalar e que nortearam a análise dos resultados obtidos neste estudo: inconsciente, desejo, constituição do sujeito, sintoma e escuta analítica.

É preciso ter desejo de escutar estas pessoas que estão vivendo com o vírus da hepatite C, para que nestas se desperte o desejo de ser escutada e assim possam simbolizar o que é imposto pelo real, ou seja, o adoecimento. É através da escuta que a verdade do sujeito pode emergir, pois o sintoma fala a verdade do sujeito do inconsciente que tem relação com a castração, ou seja, com a incompletude do sujeito.

#### 2.1 O INCONSCIENTE

No ano de 1953, Lacan enuncia os três registros nos quais se desenvolve a experiência humana: o imaginário, o simbólico e o real.

O Imaginário é aquilo que o homem tem em comum com o comportamento animal. Trata-se de um conjunto de imagens ideais que guiam tanto a relação do indivíduo com seu ambiente próprio quanto o desenvolvimento de sua personalidade. Situa-se na dimensão do Eu, sendo o campo da representação e também do sentido.

O Simbólico é o domínio da organização estrutural da vida social, ou seja, a ordem simbólica será um conjunto de significantes que determina os lugares que cada um poderá ocupar na vida social. Faz do homem um animal fundamentalmente regido, subvertido pela linguagem, o que determina as formas de seu vínculo social e principalmente suas escolhas sexuais. Segundo Vegh

(2001), o simbólico é o efeito da sujeição humana à linguagem e à função da palavra. Já o Real é aquilo que não pode ser representado por um significante nem pode ser formalizado por uma imagem. O real é o impossível lógico. Surge quando dentro de um sistema lógico se anuncia um ponto de impossibilidade, é o que volta sempre ao mesmo lugar, o que não anda e que não cessa de se repetir. Não há possibilidade e nem esperança de alcançar o real pela representação.

“Podemos, no interior mesmo do fenômeno da fala, integrar os três planos: do simbólico, representado pelo significante, do imaginário, representado pela significação, e do real, que é exatamente o discurso feito realmente na dimensão diacrônica”. (JULIEN, 2002, p. 42).

Lacan (1953/1998) dá ênfase à importância da linguagem enquanto responsável pelo acesso do homem ao simbólico, possibilidade pela qual poderá conferir ao mundo um universo de significações. Quando nasce um bebê, já existe um mundo simbólico constituído, que lhe é anterior e que esse pequeno ser ainda não tem acesso. Só sua entrada no mundo da linguagem fará com que este ser possa compartilhar dos sentidos à sua volta. A aquisição da fala, a possibilidade de apropriar-se da língua como possibilidade de dar sentido ao que antes não possuía sentido algum, será solidário ao modo como irá se dar a estruturação de seu aparelho psíquico.

O simbólico, como função ordenadora da cultura, separa o homem da natureza, inscrevendo-o de entrada na linguagem, na Lei fundadora cuja interdição primordial é a do incesto e nas estruturas de parentesco, que organizam a diferença dos sexos e das gerações. O simbólico faz do homem um animal fundamentalmente regido, subvertido pela linguagem, o que determina as formas de seu vínculo social e principalmente suas escolhas sexuais. (OCARIZ, 2002, p. 87).

De acordo com Dias,

[...] a teoria lacaniana parte da pergunta inaugural de Freud, o que é inconsciente?, onde a estrutura é considerada uma rede articulada de significantes. A hipótese freudiana do inconsciente tem como núcleo, como seu fundamento, a concepção de recalque. O recalque é a operação que constitui o inconsciente, uma operação de esquecimento e, portanto, atua sobre um saber, saber sobre o sexo, que produz sofrimento e efeitos patógenos. Eis aí o campo do inconsciente como saber, como rede articulada de significantes, que dá origem ao princípio lacaniano do inconsciente estruturado como linguagem. (1998, p. 19).



O recalque é uma operação pela qual é repellido e mantido no inconsciente os significantes ligados a uma pulsão. Portanto, o recalque seria uma defesa diante da possibilidade da satisfação de uma pulsão ameaçar, provocar o desprazer, como também, o mecanismo responsável pela formação dos sintomas.

As representações representativas da pulsão recalcada constituem o inconsciente. Recalque e inconsciente são, portanto, correlativos. O recalque originário corresponde à recusa da pulsão pelo consciente e à fixação de significantes à pulsão que permanecem ligados a ela e substituem no inconsciente que se estrutura como uma linguagem da pulsão [...]. Há, portanto, significantes da pulsão recalcados e uma formação contínua de cadeias de significantes ligados a eles. É essa rede de significantes com suas interligações que faz da associação livre a única regra da psicanálise compatível com a decifração do inconsciente. (QUINET, 2000, p. 48).

O inconsciente não é pura articulação de significantes, ele é pulsional. Pulsão é o conceito que vem no lugar de instinto (padrão de comportamento próprio de cada espécie animal), pois é sempre variável e exercida de formas parciais, tendo uma representação de linguagem no inconsciente. No entanto, há uma parte desta pulsão que não é representada, que corresponde à libido, à parte energética da pulsão.

Para Fink (1998), o inconsciente é uma cadeia de significantes, tais como palavras, fonemas e letras, que funciona com regras muito precisas sobre as quais o “eu” não possui qualquer tipo de controle. O inconsciente é em si Outro, estranho, estrangeiro, inassimilável. Na medida em que o desejo habita a linguagem, poderíamos dizer que o inconsciente transborda desejos que foram incorporados pelo sujeito por meio da relação com as figuras primárias e as identificações. As opiniões e desejos de outras pessoas fluem para dentro de nós através do discurso e, portanto, pode se dizer que o inconsciente é o discurso do Outro: ele está repleto da fala, de conversas, de objetivos, aspirações e fantasias de outras pessoas.

Ao dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, Lacan (1953/1998), se refere à linguagem, como a articulação dos significantes entre si com suas leis: metáfora e metonímia. Metáfora seria uma superposição de significantes, ou seja, a substituição de um significante por outro significante.

Posso usar, por exemplo, a palavra “rosa” tanto para designar uma planta ou como sentido de beleza, delicadeza. Um significante substitui outro significante e passa a ocupar seu lugar na cadeia de significantes gerando o aparecimento de um novo significado. O efeito poético da metáfora deixa em suspenso o significado, mas aparece o efeito de significação. Já a Metonímia, segunda lei do inconsciente, seria uma articulação de um significante ao outro por deslizamento. Um significante de menor valor psíquico por efeito de substituição se apresenta no lugar de outro de maior valor psíquico. Usa-se uma parte para se falar do todo. Quinet (2000) dá o seguinte exemplo: *“Trintas velas despontam no horizonte”* (p. 32). Ao invés de falar barco, fala-se vela, onde se toma parte do barco, a vela, para se referir a todo o barco. O que permite articular vela com barco – a parte pelo todo – é a articulação significante onde “vela” se articula com “barco”.

Um significante remete sempre a um outro significante e é próprio de cada sujeito. Não é necessariamente uma palavra, podendo ser uma imagem acústica, visual, algo da ordem do sensível (uma impressão, uma textura, um cheiro).

[...] o significante é apenas o som da palavra esvaziado de sentido, como uma palavra estrangeira desconhecida ou o nome próprio que embora designe, nada significa. A associação de idéias se faz pela via do significante e não do significado. Eis o que a psicanálise permite apreender no esquecimento, no ato falho, no chiste, no lapso e também no sintoma que apresenta essa mesma estrutura de linguagem. (QUINET, 2000, p. 37).

O inconsciente não é algo que se conhece, mas algo que é sabido. Não é algo que se apreende ativamente, conscientemente, mas ao contrário, é registrado passivamente, inscrito ou contado. *“Esse saber desconhecido faz parte da conexão entre significantes; ele consiste nessa mesma conexão.”* (FINK, 1998, p. 42).

Portanto o inconsciente é um saber que não podemos apreender diretamente. Revela-se num ato que surpreende e ultrapassa a intenção do sujeito que fala, pois este diz mais do que pretende e, ao dizer, revela sua verdade inconsciente. Porém, para que este ato efetivamente dê existência ao inconsciente, é fundamental que outro sujeito (analista) escute e reconheça a importância da fala como expressão do processo inconsciente do sujeito.

A inovação lacaniana do inconsciente consiste em dissolver a ideia de que este é povoado de conteúdos intrapsíquicos, fechados e estanques em cada ser singular. A ideia de que o inconsciente está estruturado como uma linguagem é a ideia de um estado permanente de relação intersubjetiva e de um processo infinito de produção. Portanto, a verdade (sentido e significado próprio para cada pessoa) de um sintoma não é algo que pertence ao passado, está sepultado, enterrado e que tem que ser desenterrado. O inconsciente vai se constituindo, retroativamente, no movimento de ir relacionando o que se está dizendo, construindo a verdade singular de cada sujeito.

A partir do Seminário XI “Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise (1964/1995), Lacan propõe uma nova conceituação para o inconsciente. Coloca o inconsciente em ato, em movimento, numa cadeia de significantes que se articula em torno de um furo. Seria uma trama tecida pelo trabalho da repetição significativa, onde se atualizaria num dizer inesperado. O inconsciente seria produzido no espaço “entre” sujeitos, sendo exterior ao sujeito e está relacionado com o Outro simbólico, enquanto alteridade, que escapa, fugindo da apreensão pelo sujeito.

## 2.2 DESEJO

Lacan (1958/2002), ao aprofundar a noção de desejo, mostrou fundamentalmente que o desejo só pode surgir numa relação ao Outro. O desejo é o núcleo do ser do sujeito lacaniano, sua característica principal é não ter objeto naturalmente dado. É a manifestação de um vazio, de uma pura negatividade que quer consumir os objetos nomeados pela linguagem, passar por eles, mas não se satisfaz com nenhum. O desejo é sempre desejo de Outra coisa, e um objeto só se torna desejável a partir do momento em que ele é objeto de desejo do Outro.

O desejo humano, para se constituir enquanto tal, é um desejo que incide sobre um desejo. O desejo animal incide sobre um objeto, sobre a coisa, e o desejo humano incide sobre um outro desejo. É um desejo de desejo. O desejo que incide de forma imediata sobre um objeto natural só se torna humano quando é mediatizado pelo desejo do outro. Tanto o desejo animal quanto o desejo humano tendem a se satisfazer, porém o desejo humano

se nutre de desejos e o desejo animal de objetos da realidade. (QUINET, 2000, p. 92).

Portanto, o desejo humano será sempre insatisfeito, pois quando conseguimos aquilo que acreditamos querer, não queremos mais, e um novo desejo se reabre sucessivamente.

O desejo nasce da separação entre necessidade (a necessidade tem sempre um objeto que a satisfaz, ou seja, satisfação com um objeto específico) e demanda. Isto porque se pensarmos na primeira satisfação de um bebê com um objeto que o gratifica, é possível que essa vivência seja da ordem do gozo. Porém, quando este bebê vai novamente em busca da satisfação, esta segunda satisfação encontrada não é a mesma da primeira, pois apesar desta ter sido registrada como uma marca, está perdida para sempre. A dimensão do desejo aparece ligada a uma falta que não pode ser preenchida por nenhum objeto real. Isto irá contribuir para garantir à criança a passagem da posição de objeto à de desejo, pois reconhecer a falta no outro, como algo impossível de ser preenchido atesta que ela aceita a falta no processo de seu próprio desejo.

A demanda incide sobre outra coisa para além da satisfação, sendo demanda de presença ou de ausência, como se pode verificar na relação primordial da criança com a mãe, pois a mãe no lugar de Outro, tem o poder de satisfazer as necessidades como também de privá-las. As demandas, na verdade, são impossíveis de satisfazer, pois quando ela recebe o que pediu, já está pedindo outra coisa, porque se trata efetivamente de demanda de amor (de completude) por onde circula o desejo como desejo de outra coisa. Portanto, a dimensão do desejo aparece como intrinsecamente ligada a uma *falta* que não pode ser preenchida por nenhum objeto real.

O mais importante que se tem para dar é o que não se tem como uma propriedade, como um bem, e esta é, decerto, a definição lacaniana de amor: dar o que não se tem. Esta resposta do Outro, a pura resposta do Outro, é mais importante que a satisfação da necessidade, e é aí precisamente onde Lacan encontra o princípio da identificação simbólica: a partir do significante da resposta do grande Outro se dá a primeira identificação do sujeito. (MILLER, 2002, p. 25).

A resposta do Outro pontua a falta que o sujeito quer completar, denunciando a incompletude do desejo para ambos. A primeira interpretação dada pela mãe à criança funda o significante primordial, chamado por Lacan de traço unário, que permitirá a um outro real, ocupar o lugar de Outro, servindo como significante ao qual o sujeito alienar-se-á constituindo o ideal de eu (já que não posso ser o ideal, pego alguns significantes para ser amado construindo o ideal de eu).

Portanto, se antes a criança era submetida a um Outro absoluto que fala para ela, encontra-se agora diante de um outro barrado, mas que lhe possibilita falar. A inauguração dessa cadeia de significantes do sujeito é o momento que corresponde ao recalque originário, passando de falo (objeto imaginário) para uma posição de sujeito faltante, desejante.

Ou seja, no processo de acesso ao simbólico, a criança vai se constituir como sujeito mediante uma operação chamada por Lacan de metáfora paterna e seu mecanismo correlato, o recalque originário. Nesta operação, um significante novo (Nome-do-Pai) tomará o lugar do significante originário do desejo da mãe. Esse último, recalcado em benefício do novo, vai se tornar a partir daí inconsciente. Portanto é a lei do pai que barra o incesto com a mãe, sendo o significante Nome-do-Pai o que resulta dessa operação, pois por ser a nomeação desse desejo materno incestuoso, o inscreve no simbólico.

A renúncia da criança ao objeto fundamental de seu desejo, se é, antes de mais nada, uma renúncia simbólica, não é, no entanto derrisória. Abrindo para ela, propriamente falando, o acesso ao simbólico, essa renúncia lhe assegura a possibilidade de poder se manifestar aí, ela mesma, como *sujeito*, a partir do momento em que é ela quem designa. A primeira designação, inaugural, que testemunha o seu estatuto de sujeito, é a do Nome-do-Pai, seguindo-se daí que o sujeito se produz nesta designação como *sujeito desejante*, já que só fará, sempre, continuar a significar, na linguagem, o objeto primordial de seu desejo. (DOR, 1989, p. 54).

No seminário “O Desejo e sua Interpretação” (1958-59) Lacan explica que quando o sujeito é inscrito na ordem simbólica, ele perde a relação de naturalidade com o mundo, sendo colocado numa posição dolorosa, ou seja, a dor de existir como falante. Fica dependente deste Outro em busca de um reconhecimento e se há castração simbólica perdendo a condição de objeto de seu desejo (pois este Outro deseja algo além dele), fica preso na questão de

como o Outro quer que ele seja para ser amado. Desta forma, o sujeito imagina uma maneira que deve ser para ser desejado e esta construção imaginária recebe o nome de fantasma fundamental.

Todo desejo é desejo do Outro e o sexo biológico e a sexualidade pouca coisa têm em comum, exceto o fato de que a sexualidade pode sexualizar o biológico, mas não o contrário, ou seja, no momento que o sujeito entra no registro da linguagem, ele dá significantes ao corpo. Se é a linguagem que determinará a sexualidade do sujeito, podemos dizer que um menino não se reconhece como menino porque biologicamente nasce com pênis, mas sim porque, ao nascer com pênis, normalmente é reconhecido pelo Outro: há o desejo do Outro que dele faz um menino, mesmo que às vezes possa ocorrer o contrário. (ALBERTI, 1999, p. 101)

Pensemos agora este processo, ou seja, a constituição do sujeito desde antes do nascimento.

### 2.3 CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Sabemos que é característico do ser humano nascer imaturo, mesmo quando se completam os nove meses de gravidez. Isto é constatado quando comparado com outros animais, cuja maturação faz com que possam caminhar logo após o nascimento. A imaturação é própria do ser humano cujo corpo carrega as marcas dos seus primórdios, que vai do nascimento ao controle da motricidade, da visão binocular até o surgimento da linguagem.

“Em função da condição de que o ser humano é muito imaturo [...] determina uma aliança grande de dependência dele para com o outro que o cuida, que se não estiver presente para tomar certas providências, ele morre.” (MORETTO, 2001, p. 44).

Nascemos em um mundo de discurso ou linguagem que precede nosso nascimento e que continuará após a nossa morte. Portanto, muito antes de uma criança nascer seu lugar já está preparado para ela no universo dos pais, pois eles falam da criança que vai nascer, escolhem um nome, preparam um quarto e começam a exprimir seus próprios desejos em relação aquele filho. Estas

palavras já existem há séculos e constitui o Outro da linguagem (Outro contendo todas as palavras e expressões de uma língua).

Em um primeiro tempo, existe a mãe, o bebê e a relação entre eles. Neste momento a criança é identificada ao objeto de desejo da mãe, sendo o próprio falo<sup>1</sup>, ou seja, aquilo que completa a mãe. Não é só ela aquilo que a mãe deseja como também ela própria deseja ser objeto do desejo da mãe. Ou seja, seu desejo é o desejo do outro. Isto porque se a criança acredita ser o falo, identifica-se com um objeto imaginário, pensando ser tudo o que a mãe deseja. Porém, se esta mãe passou pelo processo de castração e reconhece a impossibilidade de o bebê constituir-se como seu único objeto de desejo, em um segundo momento irá procurar algo além da criança, o que possibilitará à criança sair dessa relação dual de alienação para inscrever-se na ordem simbólica.

O início da linguagem na criança encontra-se nas primeiras emissões sonoras, que em função apelativa, busca recuperar a mãe frente ao desaparecimento real da mesma. É através desse jogo de presença e ausência que se produz o vazio necessário do objeto em benefício do símbolo. Faz-se necessário que o objeto desejado não esteja presente para que possa ser chamado por seu nome. A relação dual passa a ser mediada pela linguagem, mas para isto é necessária a intervenção de um terceiro que apareça como interdição, como alguém que priva a criança do objeto de seu desejo e priva a mãe do objeto fálico.

Todo sujeito está e é chamado a ser. Esta convocação não poderia proceder desde dentro, desde alguma força interior que reside nele ou nela, de uma necessidade biológica que o impulsionaria a se desenvolver. A invocação é subjetivante, faz sujeito. A ele se pede que fale, assumindo o nome que o Outro lhe deu. Tem de falar, dizer quem é, identificar-se. O Outro requer sua palavra: se a linguagem mata a coisa ao substituí-la, tornando-a ausente, a palavra deve representá-la, ordenando necessariamente o reconhecimento deste Outro da linguagem, aquele que confere a vida, separando-se dela, mortificando. (BRAUNSTEIN, 2007, p. 55).

---

<sup>1</sup> Falo é o termo que indica o valor simbólico e imaginário adquirido pelo órgão sexual masculino nas fantasias. Não é o pênis orgânico, mas um significante fundamental cujo valor está ligado às representações de potência e força. (QUINET, 2000)

O esquema mental não é um dado natural, mas antecipado para o bebê por um Outro. O estágio do espelho é o momento de constituição onde a criança, ainda em estado de impotência e descordenação motora, antecipa imaginariamente a apreensão e o domínio de sua unidade corporal através de uma identificação à imagem do semelhante como forma total. Em “O Estádio do Espelho como formador da função do Eu, tal como nos é revelado na experiência psicanalítica”, Lacan (1936) nos diz que se colocarmos um espelho diante de um indivíduo terá aquilo que representa a relação da criança com o seu semelhante. Ao se olhar no espelho a criança se vê vista pelo outro e é esta imagem que vai possibilitar a constituição de sua própria imagem.

Para que o indivíduo tome posse do seu corpo, faz-se necessário que o organismo se incorpore na linguagem para efetivamente tornar-se corpo humano. Sendo assim é a linguagem que vai conferir um corpo ao sujeito, visto que ele nasce imerso na linguagem. O outro da dimensão intersubjetiva tem sua definição estendida, passando a representar o sistema de linguagem, ganhando nova notação: Outro.

O Outro como inconsciente, como alteridade radical para o sujeito, é o lugar que se presentifica na fala a partir da linguagem. Ele não se situa propriamente nem fora nem dentro do sujeito, mas faz parte da ordem do simbólico que é da mesma ordem da cultura. O inconsciente como o Outro da linguagem significa que não há barreira entre o que é do sujeito (enquanto ‘seu’ inconsciente) e o que é do mundo simbólico em que ele está inserido. (QUINET, 2000, p. 45).

A voz da mãe é, junto com os cuidados corporais, o elemento através do qual a criança começa a perceber o som da língua. Às expressões de choro da criança dá-se um significado de fome, frio, dor e, portanto, o sentido é determinado não pelo bebê, mas por outras pessoas que cuidam dele com base na linguagem que elas falam. O aspecto sonoro da língua materna ficará ligado desde o início às mais primitivas experiências individuais do pequeno na sua vinculação afetiva com a mãe. A percepção acústica da palavra ouvida deixará restos mnêmicos no aparelho psíquico do bebê que acompanhada da presença visual da mãe se constituirá em marca.

Nesta relação, a mãe não só ocupa o lugar do que fala, precisando também se constituir em um lugar de escuta para que a criança possa se definir



como sujeito na linguagem. As palavras que usam para falar da criança constituem para Lacan o Outro da linguagem e assim afirma que o inconsciente é o discurso do Outro.

Sendo sujeito da linguagem, passa a ser um sujeito dividido, ou seja, o sujeito é dividido pela ordem do significante, como sujeito do inconsciente, como sujeito do desejo e o eu consciente. O sujeito está, portanto, oculto de si mesmo pela dimensão da linguagem. Essa divisão significativa é produto do funcionamento da linguagem desde quando começamos a falar ainda crianças. Está relacionado ao conceito de alienação na linguagem, pois a criança ao assujeitar-se ao Outro, ela ganha algo, tornando-se, em certo sentido, um dos sujeitos da linguagem. A escolha da sujeição é necessária para que o indivíduo advenha como sujeito.

Portanto, o sujeito lacaniano não é o indivíduo biológico ou o sujeito pensante consciente, da compreensão que se refere à filosofia. Não é o eu freudiano e nem o sujeito da gramática, pois o “eu” se define pelo o que estou falando, pelo o que estou pensando, pela minha imagem corporal, mas isso não diz quem sou. Esse “eu” do pensamento consciente do corpo é o “eu” que apresento ao outro, meu semelhante, igual e rival, como aquele que quero que o outro veja.

Desta forma, o sujeito do desejo inconsciente, se divide em relação ao sexo e a castração e isto produz uma fenda que jamais se fecha, mostrando que a divisão do sujeito assim como a castração, é incurável. *Spaltung*, que significa divisão, clivagem, fenda, é a própria característica do sujeito do inconsciente. Isto mostra que jamais haverá qualquer ideal de harmonia em que o sujeito seja inteiro (ou esteja inteiro) em alguma situação.

O sujeito não é o homem e tampouco é a mente suscetível de estar doente ou saudável. Ele não é o objeto da saúde mental nem da doença mental. O sujeito é patológico por definição, sujeito ao *pathos*, afetado pela estrutura que obedece a uma lógica: os significantes que o determinam e o gozo do sexo que o divide, fazendo-o advir como sujeito. (QUINET, 2000, p. 16).

O sujeito do qual se ocupa a psicanálise é efeito da linguagem, aparelho de gozo. O gozo, diferentemente do prazer que está ligado à homeostase, é algo ligado ao mais além do prazer, ao que escapa à simbolização, sendo a satisfação

da pulsão de morte. O gozo é a suposição da satisfação absoluta do desejo, porém o desejo é impossível de satisfazer porque falamos, ou seja, para constituirmo-nos nos submetemos à linguagem. Quando se realiza um desejo, quando se coloca em ato, o caminho para a satisfação volta a se abrir, levando a um processo sem cessar (repetição). Por isso, dizemos que não há satisfação plena do desejo (gozo) e assim o sujeito está sempre em busca de algo que “falta” (que está ligado a castração).

Portanto, quando abordamos o inconsciente, referimo-nos ao mesmo tempo ao sujeito e ao desejo, sendo este sujeito tão inapreensível por esse eu quanto o desejo. Lacan equivale o sujeito a um significante riscado, pulado na cadeia de significantes do inconsciente, mostrando que não existe significante que designe o sujeito.

[...] o sujeito é um operador que se impõe a nós, desde que nos coloquemos em determinada perspectiva, em determinado lugar a partir do qual interrogamos a experiência humana, seguindo os passos de Freud, que foi o primeiro a fazer isso. O sujeito é, portanto, sempre suposto. Não o encontramos na realidade, mas o supomos. (ELIA, 2007, p. 70).

Pensemos agora o que é o sintoma neste processo de subjetividade, segundo a psicanálise e como a escuta psicanalítica pode estar presente nas enfermarias e ambulatórios dos hospitais gerais, ou seja, em situações onde o real se impõe gerando limites e exigindo da pessoa um enfrentamento que se expressará em ações e ressignificações (novas cadeias de significantes).

## 2.4 SINTOMA E ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL

Para a Psicanálise, o sintoma é um fenômeno subjetivo que constitui não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente. O sintoma é uma formação do inconsciente, como o sonho e os lapsos, que expressa um sentido mascarado. É um símbolo mnêmico, ligado enquanto tal à linguagem, sendo um texto em que se inscreve no corpo ou na palavra, de um modo disfarçado, o pulsional que não cessa de buscar expressão. Sua linguagem é a linguagem do inconsciente e o sintoma está articulado a uma verdade própria do

sujeito (relacionado à sua história particular). Isto mostra que o eixo da clínica psicanalítica é o próprio sujeito e o sintoma é aquele que este reconhece como tal, aquilo que relata como incômodo e que traz sofrimento.

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

No Seminário I, “Os escritos técnicos de Freud” (1953-54, p. 222), Lacan diz que o trauma será o primeiro núcleo dos sintomas. De fato, o trauma enquanto algo não integrado pelo sujeito está fadado a sempre retornar a um só-depois. Portanto, a manifestação do sintoma refere-se neste aspecto, ao retorno desse núcleo traumático não alcançado pela significação. Para Lacan, o recalque começa depois de ter se constituído o primeiro núcleo, recalque originário, em torno do qual os recalques sucessivos e os sintomas se organizariam.

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

De acordo com Alberti,

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

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

Lacan (1957-98) utiliza-se da linguagem estrutural e ao reinterpretar os mecanismos de deslocamento e condensação de Freud afirmará que o sintoma é uma metáfora: “Metáfora onde a carne ou função são tomadas como elemento significante” (p. 249) O sintoma é construído por metáfora e metonímia, obedecendo deste modo as características de um significante. Seria um significante que veio ocupar o lugar do significante recalcado.

“O sintoma neurótico desempenha o papel da língua que permite exprimir o recalque.” (LACAN, 1955-56, p. 91).

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

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

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

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

Como citado anteriormente o conceito de real é bastante importante na teoria de Lacan. É considerado como algo que detém o constante deslizamento da cadeia de significante, fazendo obstáculo, provocando a repetição como repetição de um encontro impossível. Lacan chega a chamar de sintoma aquilo

que vem do real, sendo o que o sujeito tem de mais real, sendo sua própria natureza e o que interroga por um sentido.

No Seminário VI (1958) Lacan coloca que a angústia é o ponto chave da determinação dos sintomas e para que haja angústia é necessário haver desejo. Portanto, a angústia marca o corpo como um estigma e será a propulsora do desejo, pois é relativa à insatisfação por não haver a satisfação universal, sendo para Lacan, o ponto capital ao qual o analista é permitido e deve atender eticamente porque a angústia é um fenômeno que complica qualquer tratamento, devendo ser modelada pelo analista, pois é esta que legitima o trabalho psicanalítico. Um trauma produz angústia, revelando um afeto que provoca alterações no corpo e por isto dizemos que é um afeto que não se engana, pois tem relação com a verdade.

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

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

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

Os significantes que constituem o inconsciente são determinados significantes que estão aí o tempo todo e que, no momento em que se fala, experimenta-se seu peso e seu valor. Da análise, espera-se que o sujeito conheça os significantes primordiais que o determinaram em sua história e em sua vida a partir da decifração do inconsciente, para que possa deles se desalienar escapando de seu poder de comando. (QUINET, 2000, p. 45)

Portanto, uma análise não pode eliminar a divisão do sujeito (castração), mas propiciar que o sujeito, ao conhecer seus significantes primordiais, deixe de

responder ao desejo inconsciente que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo do Outro, podendo se responsabilizar por sua condição desejante, ou seja, aceitar a impossibilidade de se satisfazer plenamente o desejo.

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

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

Segundo a visão lacaniana, o que garante a boa execução da análise é o manejo da transferência, os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o desejo do analista (que a análise se dê). Com isto, uma análise pode ocorrer em qualquer lugar, rompendo com as regras de um *setting* analítico impostas por Freud. O inconsciente não está nem dentro nem fora, mas onde o sujeito fala.

O estabelecimento da transferência é fundamental para que uma análise se inicie. Seria uma ilusão na qual a pessoa acredita que o analista saiba sobre ela, sobre sua verdade, ficando no lugar do *sujeito suposto saber*. O efeito disso é o amor. Ao surgimento do desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor e, portanto cabe ao analista fazer surgir nesta demanda de amor a dimensão do desejo. Isto porque a demanda dirigida ao analista em posição de “*sujeito suposto saber*” apresenta-se como demanda de desejo de saber, aquele que completa o desejo do Outro. (QUINET, 1991).

É só sobre transferência que pode ser efetuada a cura analítica, a mudança de posição em relação ao desejo do Outro. Isto porque quando se atualiza e repete na situação analítica a relação do sujeito com o Outro na

transferência, a pessoa não encontra correspondência por parte do analista, o que lhe abre novas possibilidades de respostas e conhecimento das cadeias significantes.

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

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

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

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

Penso que referente a essa infecção, que é descoberta na maioria das vezes não por um sintoma da doença, mas por um exame laboratorial feito para doação de sangue ou para realização de uma cirurgia, pode-se refletir sobre o

quanto pode ser traumático o recebimento do diagnóstico, deixando aflorar em cada pessoa, sentimentos particulares que têm relação com sua história de vida.

É importante ressaltar que, de um modo geral, o diagnóstico de uma doença crônica, desencadeia nas pessoas vários sentimentos, mas estes são particulares, pois estão relacionados com suas próprias cadeias de significantes que são construídas a partir do seu processo de castração (recalque original) e entrada da lei (significante Nome-do-Pai), substituto do desejo da mãe.

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

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



## **CAPÍTULO 3**

### **MÉTODO**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa onde os dados visaram alcançar a dimensão subjetiva de pessoas que vivem com o vírus da hepatite C. Várias pessoas passam por um período difícil, que é vivido muitas vezes com bastante ansiedade e angústia, repleto de exames até que os médicos possam concluir o diagnóstico. Pode-se levar anos para que se realize o tratamento medicamentoso.

Os participantes foram acompanhados por um semestre desenvolvendo-se um estudo de caso que nos permitiu apreender o processo dos usuários que contemplasse os objetivos desta pesquisa.

#### **3.1 LOCAL**

A coleta de dados foi feita no Ambulatório de Infectologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Centro de Controle de Doenças Infecto-Contagiosas (CCDI) em São Paulo.

#### **3.2 ROTINA DO AMBULATÓRIO**

O CCDI atende a uma população de diferentes níveis sócio-econômicos e de diversas regiões do Brasil. É um serviço vinculado ao Departamento de Moléstias Infecto-contagiosas da UNIFESP.

Neste ambulatório, são atendidos usuários portadores de HIV, hepatites (mono infectados), co infectados (hepatites mais HIV), ou outras infecções decorrentes do HIV.

Os usuários que frequentam o CCDI são predominantemente adultos, embora também sejam atendidos idosos, contudo em menor número. Eles chegam à Instituição de diversas formas: encaminhados por outros serviços públicos e/ou particulares, por bancos de sangue e pelo Hospital São Paulo. Os parceiros estáveis dos usuários também são convocados para avaliação diagnóstica.

O/as usuário/as aguardam a vez do atendimento na sala de espera. No caso da hepatite C as consultas, com hora marcada, acontecem a cada mês. Dependendo da semana do tratamento o usuário vai ao ambulatório para pegar remédios e tomar a medicação injetável.

O/as usuário/as possuem uma carteirinha do ambulatório e um registro no computador, que descreve seu histórico, a medicação utilizada e a última data de retirada de medicamentos.

A Instituição oferece, gratuitamente, os medicamentos que devem ser retirados mensalmente. Outra pessoa pode retirá-lo, mediante apresentação da receita médica quando o/a usuário/a não puder comparecer.

**No caso específico da hepatite C**, os usuários, após serem encaminhados ao ambulatório, realizam todos os exames médicos necessários para que seja feito o diagnóstico e o delineamento do tratamento. Isto realizado, comparecem à consulta médica para receberem informações sobre a hepatite C, o tratamento que será realizado, sua importância e possíveis efeitos colaterais. Neste encontro assinam um termo de consentimento para realização do mesmo. Se não for o momento de iniciar o tratamento, os usuários continuam comparecendo ao ambulatório, ou para fazer exames, ou tratamentos adicionais para realizar o tratamento posteriormente, ou para acompanhamento da evolução do quadro clínico.

### 3.3 SUJEITOS

Usuários adultos do ambulatório infectados pelo vírus de hepatite C, mono infectados, de ambos os sexos. A seleção foi feita pelo médico responsável pelo

ambulatório, que levou em conta, o diagnóstico e quem estava em pré-tratamento, ou seja, aqueles que ainda não haviam iniciado o tratamento medicamentoso.

Foram acompanhados cinco usuários, sendo um do sexo masculino e quatro do sexo feminino entre 52 a 60 anos de idade.

Trabalhar com mais de um caso foi motivado pelo interesse em ouvir pessoas que *a priori* trariam histórias diferentes e, por consequência, discursos também diferentes acerca da infecção e tratamento, que permitiu uma visão mais abrangente do fenômeno.

### 3.4 INSTRUMENTOS

- Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

- Roteiro de entrevista semiestruturada: este roteiro teve como objetivo estabelecer um primeiro contato, com o usuário selecionado pelo médico, para oferecer um espaço de escuta onde poderia falar sobre suas questões em relação à vida, diagnóstico e início de tratamento. O roteiro é formado de questões a respeito de: dados sócio-demográficos, sexualidade, diagnóstico, medicamentos, orientações recebidas e redes sociais, ou seja, abarca as diversas dimensões do viver com o HCV (anexo 2). Tinha como função ser utilizado no primeiro contato com o usuário para o estabelecimento do vínculo, pois muitos usuários não tinham conhecimento do que é um atendimento psicológico, e neste primeiro contato não sabiam o que falar espontaneamente (método da associação livre). O roteiro teve como objetivo abrir caminho para o início dos atendimentos, que após este primeiro encontro, utilizou o método da associação livre.

### 3.5 PROCEDIMENTO

Este procedimento envolveu várias etapas até o delineamento final do procedimento de coleta.

- 1ª etapa baseou-se em reuniões com os médicos do serviço para ser discutido o protocolo da pesquisa. Levantou-se qual o momento e o critério de escolha da seleção dos participantes da pesquisa, e quais as demandas notadas pelos médicos no atendimento ao usuário.

- 2ª etapa: Decisão do instrumento da pesquisa: entrevista. Foi realizada a construção do roteiro de entrevista a partir da revisão de literatura da área.

-3ª etapa: pré-teste do instrumento por duas estudantes de psicologia de iniciação científica com os usuários do CCDI. O instrumento foi avaliado como positivo para iniciar o primeiro contato, e algumas alterações foram realizadas para uma melhor aplicação.

### 3.6 COLETA DE DADOS

No segundo semestre de 2008 iniciou-se a coleta de dados no ambulatório das doenças infecto-contagiosas da UNIFESP. Escolhi permanecer na sala dos médicos, onde às terças-feiras, os residentes levam cada caso atendido para ser discutido com o médico responsável. Nesta conversa, discutiam os diagnósticos, exames e tratamento tanto dos casos de hepatite como de outras patologias. Os casos de hepatite C eram discutidos, desde os que iriam iniciar tratamento como os que já haviam começado.

Como havíamos combinado anteriormente só recebi encaminhamento dos usuários que iriam iniciar o tratamento. Logo depois da discussão com o médico, acompanhava o residente até a sala de consulta, que me apresentava ao usuário. Quando o residente terminava as explicações sobre o tratamento medicamentoso que iria iniciar, eu fazia o primeiro contato, explicava a pesquisa lendo juntamente com o usuário o termo de consentimento, esclarecia as dúvidas, e este era assinado.

Tinha em mente o roteiro de entrevista com o intuito de iniciar um primeiro contato, já que muitos não sabiam o que era um psicanalista. Começava a conversar com o participante sobre sua história de vida, escolaridade, família, diagnóstico, como imaginava ter contraído o vírus, medos, sintomas que estavam

aparecendo. Neste primeiro contato, até porque não me conheciam e não sabiam o que era para falar, percebi que alguns ficavam um pouco constrangidos, esperando que eu fizesse as perguntas. Por isto achei válida a construção e aplicação do roteiro neste primeiro contato que me auxiliou para instalar um vínculo (transferência) com o usuário. Nos encontros seguintes foi utilizado o método da associação livre; falavam do que gostariam naquele momento, o que abriu espaço para que surgissem vários elementos importantes da história de vida de cada participante. No início, o foco era mais sobre a preocupação com o tratamento e os efeitos colaterais que este podia causar (por terem ouvido na sala de espera comentários de outros usuários e pelas explicações médicas). Porém, todos tinham uma idéia de como poderiam ter adquirido o vírus e queriam falar dela, mesmo parecendo absurda.

De acordo com as reuniões realizadas entre o médico e pesquisadores ficou estabelecido que o psicanalista estaria presente juntamente com o médico no encontro prévio ao tratamento medicamentoso para que as duas modalidades de atendimento fossem oferecidas e explicadas ao usuário e, após esclarecimento e concordância, os termos de consentimento médico e psicológico seriam assinados para início dos atendimentos.

Após assinados os termos de consentimento (médico e psicológico), foi realizada a primeira entrevista com o objetivo de oferecer um espaço onde o participante pudesse falar sobre questões de sua vida. E, mesmo o usuário que não havia iniciado o tratamento por razões médicas continuou obtendo o espaço de escuta psicanalítica quando voltava para as consultas médicas.

Os atendimentos foram realizados individualmente, nas salas de consulta do ambulatório. Contudo, algumas vezes, quando todas estavam ocupadas e, por algum motivo, o usuário não podia esperar, utilizou-se a cozinha que possui uma mesa e duas cadeiras e fica em um espaço reservado do ambulatório.

### 3.7 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela comissão de Ética em pesquisa da PUCSP sob protocolo 68/2006.

Todas as etapas do procedimento foram acordadas entre a orientadora da pesquisa, as pesquisadoras e os profissionais da Instituição.

Os participantes da pesquisa foram informados quanto à garantia do sigilo da identidade e o direito de não participar em qualquer momento, sem qualquer prejuízo em relação ao tratamento no serviço de saúde.

Sobre o Termo de Consentimento Livre e esclarecido foi apresentado ao usuário juntamente com o consentimento médico para o tratamento. Este consentimento foi explicado oralmente para que o usuário tivesse clareza dos objetivos da pesquisa. Por ser pouco tempo de atendimento (um semestre) ao final deste foi oferecido a todos um encaminhamento a um serviço psicológico para que o trabalho pudesse ter continuidade.

Todos os participantes que aceitaram foram encaminhados a uma clínica social da escola de psicanálise Espaço Psicanálise, que atende pessoas de baixa renda em várias regiões da cidade de São Paulo.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de forma a facilitar a compreensão e discussão dos objetivos da pesquisa. Desta forma iniciamos com a apresentação dos casos clínicos e sua discussão, que permitirá ao leitor uma visão global dos dados. Depois finalizamos com a análise do *setting* analítico: papel do psicanalista nos ambulatórios e enfermarias no atendimento de pessoas acometidas por uma doença orgânica.

#### 4.1 SÍNTESE DOS CASOS ATENDIDOS

Neste item faço uma síntese dos casos atendidos durante o segundo semestre de 2008 (em média de cinco a oito encontros com cada usuário). Para cada um foi construído um esboço de suas histórias, conforme suas próprias palavras, procurando resumir pontos importantes de suas vidas e de como eles tomaram conhecimento da infecção, há quanto tempo e como passaram este período até precisarem iniciar o tratamento medicamentoso.

Como se trata de um trabalho que implica cuidados éticos, os nomes são todos fictícios e suas falas são apresentadas em itálico.

##### 4.1.1 Relato do caso Laura

###### Contextualizando o caso

Laura, 52 anos, heterossexual, casada há 32 anos com seu único companheiro, tem quatro filhos. Estudou até a 4ª série e sempre trabalhou como

doméstica, mas por causa de uma dor nas costas parou de trabalhar a alguns anos.

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

Após ser apresentada a Laura, expliquei a pesquisa, lendo em voz alta o termo de consentimento que foi assinado por ela. Laura diz que gosta bastante de conversar e que já fez alguns atendimentos com uma psicóloga no posto de saúde perto de sua casa.

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

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

Apesar da transfusão de sangue ser provavelmente a via de infecção de Laura, ela tem uma fantasia de como isso aconteceu. Acredita que deve ter sido porque quando pequena gostava de tomar gelo do congelador, o que lhe rendia broncas e castigos de sua mãe. Segundo sua mãe, além de resfriado o gás do congelador era muito perigoso para a saúde, podendo levar à morte. *“Minha mãe*



*era muito brava, batia, dava castigo e ficava assim quando me pegava no congelador, dizendo que iria morrer”.*

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

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

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

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

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

Neste momento pergunto o que ela achava sobre tudo isto, pois desde pequena tinha medo que uma tragédia acontecesse. Diz que a partir disto, tudo

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

Depois do ocorrido, sua família queria que ela se separasse dele, mas ela não o fez, porque apesar de achar que não precisava matar ele estava defendendo a filha. Conta que ficou do lado dele porque nenhum homem aguenta saber que a filha foi estuprada. *“Um pai deve cuidar da filha”*. Porém, ao contrário do marido que *“cuidou”* da filha, Laura diz que também foi molestada pelo pai durante cinco anos, mas nunca contou para ninguém. *“Minha mãe não ia acreditar e seria capaz de me matar se falasse isto dele”*.

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

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

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

Conta que sua família já sofreu bastante com várias tragédias. O sobrinho, filho do irmão morreu atropelado com 12 anos (mesma idade da filha quando foi molestada). O irmão assassinado pelo marido tinha 28 anos e o outro irmão aos 38 foi assassinado dentro do ônibus que trabalhava. Cuidou de sua mãe por vários anos com diagnóstico de câncer de garganta.

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

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

No total tivemos oito encontros durante o semestre e Laura ainda não havia iniciado o tratamento. Conversei com os médicos sobre os meus atendimentos dizendo que faria um encaminhamento para um serviço de psicologia para que ela continuasse o tratamento, pois considerava muito importante que ela fosse acompanhada durante o tratamento médico.

No último encontro, fiz o encaminhamento e expliquei para Laura que seria importante que ela pudesse continuar falando destas situações por que passou durante sua vida, pois elas traziam consequências até hoje. Tinha consulta com o psiquiatra na semana seguinte e acreditava que, por se sentir mais tranquila, iria poder iniciar o tratamento.

## Discussão

Podemos pensar que o diagnóstico de uma doença crônica pode afetar vários aspectos da vida de uma pessoa e de seus familiares, gerando sentimentos de medo, insegurança, perda, morte e até mesmo vergonha, podendo acarretar mudanças no comportamento. Isto parece que aconteceu com Laura que após receber o diagnóstico sentiu vergonha e medo de que as pessoas a abandonassem. Passou um tempo dentro de casa, isolando-se das pessoas por sentir-se diferente ou como ela diz “infectada”. Não tinha informações suficientes sobre a doença, o que gerava mais insegurança e fantasias (imaginário) sobre a contaminação. Acreditava que pelo ar poderia infectar as outras pessoas e por isto preferiu isolar-se.

É importante ressaltar que ela não tinha nenhum sintoma da doença e que foi descoberta por outra via, através de um exame de sangue para a realização de uma cirurgia. Provavelmente foi pela transfusão de sangue que Laura se infectou, pois segundo a literatura, o mecanismo mais eficiente para transmissão desse vírus é através do contacto com sangue contaminado. (BRASIL, 2008). Desta maneira, as pessoas com maior risco de terem sido infectadas são aquelas que receberam transfusão de sangue e/ou derivados, sobretudo antes do ano de 1993, época em que foram instituídos os testes de triagem obrigatória para o vírus da hepatite C nos bancos de sangue.

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

Como Laura já havia realizado tratamento para depressão, resolveu-se que antes do início do tratamento ela deveria passar por uma avaliação psiquiátrica e pelos meus atendimentos. Isto porque segundo a literatura, o uso da medicação para VHC pode acentuar os sintomas neuro-psicológicos como: irritabilidade, desânimo, instabilidade emocional, depressão, ideação suicida, transtornos de estresse pós-traumático e transtorno bipolar (MIYAZAKI; DOMINGOS; SOUZA e SILVA, 2004).

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

Ao fazer o questionamento sobre as dores nas costas, o objetivo era de implicá-la no sintoma. Trata-se de uma ética de implicação do sujeito no gozo que seu sintoma denuncia. Não tinha o objetivo de atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, ou seja, acolhê-lo para que pudesse ser desdobrado e decifrado, fazendo emergir um sujeito. Ao lidar com o indivíduo, cabe ao analista solicitar o sujeito do desejo, sujeito do inconsciente.

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

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

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

Na história de Laura podemos perceber o retorno destas situações que lhe trouxeram sofrimento. A filha sofre de abuso sexual assim como ela. Como no

caso dela nada foi revelado, pois ela permaneceu em silêncio, nenhuma “tragédia, morte” aconteceu. Porém isto retorna no abuso que sofreu sua filha por seu irmão, terminando na tragédia, na morte, na perda, no afastamento tão temido por Laura. Parece que este irmão repete a história do pai, pois também não respeita a lei do incesto e molesta sua sobrinha.

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

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

Muitas vezes, um trauma, sofrimento intenso, doença ou a perda de um ser amado reacendem a memória das histórias que se repetem. Como o inconsciente está amarrado na repetição, está articulado numa pulsão de morte o que faz com que se retorne sempre ao mesmo lugar, ou seja, retorno ao lugar que faz sofrer, que não é regido pelo princípio do prazer, mas permeia o mundo simbólico, mostrando a incidência da pulsão de morte no inconsciente. Como diz Alberti (1999) seria um momento onde o sujeito que fala não encontra significantes para falar sobre esta experiência que é vivida de forma inesperada, e por fazer um furo na linguagem, torna-se traumática.

Ao contar da aproximação das irmãs aponto aqui que novamente aparece o significativo morte. Suas irmãs se aproximaram dela, pois acreditavam que ela iria morrer por possuir o mesmo vírus da Aids. Ao trazer uma das irmãs para o atendimento tinha como objetivo que esta entendesse que não era o mesmo vírus da Aids, que Laura não pegou por relação sexual (pois isto causa vergonha), que o marido foi seu único homem, que há chance de cura e que não quer mais ficar sozinha. Foi uma maneira de, pela linguagem, recontar a história familiar. Foi importante conversar com esta irmã para que ela pudesse acompanhar Laura

durante o tratamento, pois os médicos tinham preocupação de iniciar a medicação em uma usuária que sempre aparecia sozinha no ambulatório.

Diferentemente do HIV, o relacionamento sexual não é um mecanismo frequente de transmissão da hepatite C, a não ser em condições especiais. Segundo o Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2007, p. 32), o risco de transmissão sexual do HCV é menor que 3% em casais monogâmicos, sem fatores de risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Pessoas com muitos parceiros sexuais ou outras doenças de transmissão sexual (como a infecção pelo HIV) têm um risco maior de adquirir e transmitir essa infecção. O relacionamento sexual anal desprotegido também aumenta o risco de transmissão desse vírus, provavelmente por microtraumatismos e passagem de sangue. O vírus da hepatite C foi encontrado no sangue menstrual de mulheres infectadas e nas secreções vaginais. No sêmen, foi encontrado em concentrações muito baixas e de forma inconstante, não suficiente para manter a cadeia de transmissão e manter a disseminação da doença.

Por meio do relato de Laura sobre as várias tragédias da família como as mortes, doenças e assassinatos, pôde ser observada a presença do real da linhagem de sua família. Laura imaginava que fazer o tratamento causaria agressividade e novamente encontro com o real, ou seja, morte. Isto porque ao escutar que um dos efeitos colaterais poderia ser agressividade, sua história veio à tona. Depois de ter tido espaço de falar sobre sua história de vida, Laura pôde fazer uma associação com o medo de iniciar o tratamento, medo de tornar-se agressiva, gerar briga e, conseqüentemente, morte (retorno do trauma).

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

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

Quando Laura se pergunta sobre o vírus, um enigma, uma questão se apresenta para ela - o porquê ela foi infectada. Pergunta-se se a permanência do vírus não seria para continuar ameaçada pela morte estando presa ao desejo de morte da mãe (desejo do Outro), que vêm desde os 12 anos (gelo do congelador e depois no temor em contar sobre o abuso) e que acaba repetindo algo muito ruim com sua filha na mesma idade dela. Os segredos familiares que não são ditos vivem nas lacunas dos relatos. Apesar de serem silenciosos, produzem efeitos, podendo aparecer ao longo da vida como algo estranho a ser decifrado.

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

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

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



#### 4.1.2 Relato do caso Mário

##### Contextualizando o caso

Mário, 58 anos, heterossexual, tem três filhos. Completou o segundo grau e trabalha como comerciante há muitos anos. Diz ser separado da esposa há dois anos, mas ainda moram na mesma residência por razões financeiras, o que lhe causa bastante incômodo.

Os exames de Mário foram apresentados à médica responsável do serviço e decidiu-se que estava no momento de iniciar o tratamento medicamentoso. A preocupação da residente naquele momento era a de que Mário encontrava-se muito calado, “deprimido”. Segundo ela, *“ele não fala nada, mas em compensação a ex-esposa fala e faz tudo por ele”*.

Mário aceitou bem o encaminhamento para realizar os atendimentos psicológicos. A ex-esposa pediu para participar, mas de acordo com o que a residente havia falado, optei por atendê-lo sozinho, para que ele tivesse um espaço para se colocar. Se fosse necessário a chamaria para participar em um momento posterior. É importante acrescentar que no momento que digo “não” à sua ex-esposa, Mário levanta a cabeça e olha para mim. Até então, mostrava-se de cabeça abaixada, com as costas curvadas, parecendo estar ausente da conversa.

Li em voz alta o termo de consentimento da pesquisa, que foi assinado sem nenhum questionamento. Iniciei o atendimento e como Mário mostrou-se muito calado dizendo não saber o que dizer fiz algumas perguntas sobre ele.

Contou que sabe do diagnóstico do vírus da hepatite C há três anos, quando foi fazer uma doação de sangue a um amigo que estava hospitalizado. Sentiu-se muito mal, angustiado, porque além de não poder ajudar o amigo, descobriu que era ele quem precisava de ajuda. *“Parecia que um trem havia passado por mim”*. Ele conta que neste momento não teve informações sobre o vírus e suas formas de transmissão, e viveu esses últimos três anos muito preocupado em não transmitir o vírus para outra pessoa, preferindo se isolar e se calar. *“Sentia-me diferente e por isso preferi sofrer sozinho”*.

Acreditava que o vírus seria transmitido por relações sexuais e por isto, parou totalmente de ter relações com mulheres.

Acredita ter se infectado por ter usado drogas injetáveis por 30 anos e, por isto, estava pagando por seus erros. *“Isso é um castigo de Deus por eu ter feito coisas erradas. Meu pai sempre me disse: aqui se faz aqui se paga.”* Acredita estar pagando seus pecados por ter que fazer este tratamento.

Está bastante preocupado, ansioso e se diz “angustiado” porque depois de três anos chegou o momento de iniciar o tratamento, e também porque ouviu do médico e na sala de espera que pode ter muitos efeitos colaterais. Ao perguntar o que escutou, respondeu que o que mais o preocupava era não conseguir trabalhar devido ao cansaço e irritabilidade. *“Trabalhar é estar fora de casa, ter paz e por isso não posso deixar”.*

Durante três anos fez acompanhamento médico realizando os exames necessários, mas somente agora foi informado de que teria que iniciar o tratamento. No momento que o médico revela a necessidade de iniciar o tratamento, diz que, novamente, se sentiu bastante angustiado. *“Devo ter piorado muito para precisar tomar remédios”.*

No segundo atendimento, foi Mário quem veio me procurar pedindo para conversar mais um pouco. Disse que estava iniciando o tratamento, mas que se sentia uma “cobaia” para os médicos. Achava que estavam fazendo uma experiência com ele e por isto estava pensando em desistir do tratamento. Conversamos sobre esta questão e disse que cada vez que vem ao ambulatório é atendido por um médico diferente e que segundo ele, *“não sabem nada porque tudo que pergunto não sabem responder”.* O que pergunta? *“Além dos resultados, pergunto se vou conseguir ter relações sexuais”.*

Coloca novamente a vontade de desistir do tratamento e neste momento, proponho para ele a possibilidade de conversar com o médico para esclarecer suas dúvidas a respeito dos medicamentos e tratamento. Isto é aceito de imediato, pois diz que sozinho não tem coragem. Peço, então, para o residente entrar na sala de atendimento. Explico que Mário sentia-se bastante angustiado por pensar que ele era uma cobaia realizando o tratamento tendo assim a

vontade de desistir. Expliquei a importância de ele tirar algumas dúvidas a respeito do tratamento e de possíveis efeitos que este pudesse causar.

A partir daí, abre-se espaço para poder falar de questões pessoais que existiam desde a adolescência. Conta que sempre teve dificuldades de *“agradar uma mulher”* e por isso usava drogas e muita bebida, o que no final também o prejudicava. Perdeu a mãe cedo (seis anos) e segundo ele, o pai era muito agressivo e não sabia conversar. *“Não tinha com quem falar, ficava cada vez mais mudo”*. A perda da mãe foi muito dolorida e, segundo Mário, ele perdeu sua referência em relação às mulheres.

Sua primeira relação sexual foi com 14 anos com uma vizinha mais velha, e segundo Mário, ele não conseguiu ser *“macho o suficiente”* e que ela tinha idade para ser sua mãe. Conta que seu pai nunca havia conversado com ele sobre sexo, pois era um homem muito ausente, e quando esta vizinha apareceu *“se oferecendo, não podia negar”*. Diz que não sabia como agir e que *“ela não gostou muito, ficou brava comigo”*.

Este acontecimento foi vivido com muito sofrimento e vergonha e por isto conta que só conseguiu chegar perto de outra mulher depois de três anos. *“Eu tremia de medo e por isso fiz o que meu amigo disse, injetei drogas para dar no coro”*. A partir daí sempre usava drogas para, *“ficar mais potente e poderoso”*.

Quando casou e nasceram os filhos, diminuiu bastante o uso das drogas, porém o casamento era difícil. *“Minha mulher não queria transar comigo, dizia que não gostava porque não era bom”*. Isso fez com que Mário se sentisse bastante indesejado e para se sentir *“homem”* foi à procura de outras mulheres. Porém, esta atitude fez com que terminasse o casamento. *“Ela não queria transar comigo, mas também não queria que transasse com ninguém”*.

Nestes três anos em que descobriu a infecção, diz não ter saído mais com nenhuma outra mulher. Ao dizer isto, se dá conta de que está fazendo exatamente o que a ex-esposa queria e que se não continuasse o tratamento permaneceria neste mesmo lugar, pois, sabendo que se continuasse com o vírus, não poderia ter relações. Coloca também que a ex-mulher arranhou uma função para a vida dela: *“cuidar de mim como um filho”*. E acrescenta, dando risada, *“que com um filho não pode transar”* (lei do incesto).

Sempre que ia ao ambulatório, procurava-me e espontaneamente começava a falar sobre ele, de como era importante conversar (o que não fazia há muito tempo) e que estava animado porque o médico havia dito que ele estava respondendo muito bem ao tratamento.

Queixava-se de cansaço e sonolência, mas mesmo assim continuava trabalhando e com esperança de terminar o tratamento em seis meses. Questionava-se se ao terminar a medicação deveria tentar voltar com a ex-mulher já que ela esteve do lado dele durante todo este processo difícil e “*começar tudo de novo*”, ou se deveria mudar de residência para tentar uma vida nova com outra pessoa. Pensa que continuar com ela estaria respondendo suas demandas de estar no lugar de homem fraco, indesejado, que não consegue dar realização sexual a uma mulher. Continuará “pagando” por seus erros de usar droga, como dizia seu pai na sua adolescência.

No total tivemos seis encontros e depois de seis meses de tratamento, Mário recebeu a notícia de que seus exames mostravam que o tratamento tinha sido eficaz e que o vírus havia negativado. Assim poderia encerrar o tratamento e repetir os exames após um período de seis meses para verificar esse resultado. Mostrou-se bastante satisfeito com vontade, segundo ele, de “*voltar a viver*”.

Pedi para continuar os atendimentos após o tratamento e lhe fiz um encaminhamento para um serviço de atendimento psicológico para que pudesse dar continuidade ao trabalho realizado. “*Agora preciso resolver minhas questões com as mulheres*”.

### Discussão

Desde o primeiro atendimento resolvi atendê-lo sozinho, pois a fala da residente havia me chamado atenção. As consultas e o tratamento era ele quem iria realizar e era a esposa quem se manifestava como sujeito deste processo. Aponto aqui a importância de ele ter um espaço para poder ser ouvido, ou seja, é ele quem sabe e pode dizer sobre si. Parece que dizer não (instaurar a lei) a quem acredita que sabe dele, reabre a possibilidade de ele ser sujeito neste processo que está vivendo, implicando-o e lhe dando espaço para falar.

A revelação do diagnóstico foi algo inesperado para Mário e parece ter sido vivido por ele como um real traumático que causa mal-estar, chega de surpresa e horroriza o sujeito. Descreve isto quando diz ter se sentido atropelado por um trem. O objetivo da doação de sangue era de ajudar um amigo e não por que Mário apresentava algum sintoma físico.

Mário acredita ter sido infectado por ter usado drogas injetáveis por 30 anos. Provavelmente esta deve ter sido a forma como foi infectado, pois conta ter usado seringas junto com outros colegas e a transmissão se dá pelo contato de sangue, o que deve ter ocorrido no uso das seringas. Porém, a falta de informação sobre o vírus deu espaço para fantasias imaginárias que o isolaram do contato com outras pessoas e das relações sexuais com mulheres. O isolar-se e calar-se vem pela falta de informação, medo do preconceito e de transmitir o vírus para outra pessoa, e por que o diagnóstico desencadeia a sua questão particular de como agradar uma mulher, que o levou as drogas, que o fez contrair o vírus e parar de manter relações sexuais.

Como dito anteriormente, a transmissão por via sexual só se dá se houver contato com sangue contaminado. É preciso que haja alguma fissura no pênis ou no ânus no caso de sexo anal para que ocorra a transmissão. Ou seja, o receio de Mário era infundado, se houvesse tais cuidados.

No momento em que o médico coloca a necessidade de iniciar o tratamento, Mário se sente bastante angustiado pelos efeitos colaterais e por não conseguir trabalhar (na verdade a preocupação com os efeitos colaterais está relacionada com sua questão de não ser homem para uma mulher). A angústia é um sentimento responsável por várias implicações durante um tratamento. Por isto, reafirmo aqui a importância de Mário ter tido um espaço para falar sobre sentimentos, medos, fantasias, crenças que foram desencadeadas pelo diagnóstico do vírus da hepatite C e, com isto, não desistir do tratamento. É importante ressaltar que Mário estava na iminência de desistir do tratamento.

O poder falar da sensação de insegurança e de se sentir uma cobaia, como objeto de experiências para os médicos, abriu espaço para que outras questões pudessem surgir para serem trabalhadas. Quando pergunto o quê os médicos não sabiam responder, queria possibilitar que algo de sua história pudesse surgir para que ele também se implicasse no que estava dizendo.

Começa a falar sobre sua adolescência, início da sexualidade e do uso das drogas. Para a psicanálise, a adolescência pode ser um momento de crise porque a sexualidade, muito antes de fazer sentido, faz furo no real.

“A crise da adolescência se dá no encontro com o sexo, porém esse encontro é muito mais um desencontro do que uma tendência à harmonização.” (ALBERTI, 1999, p. 100).

Em relação ao uso de drogas, pode-se dizer que muitas vezes recorre-se a estas, como medida de autoconservação, diante da ameaça que põe em risco a própria existência. Drogar-se pode ser uma tentativa de domínio sobre o corpo, de suprir a falência ou mesmo a ausência de um Outro que sustente a funcionalidade desse corpo.

Parece que o primeiro encontro sexual de Mário foi traumático, pois além da mulher ter a idade que “poderia ser sua mãe”, tornou-se objeto de desejo desta vizinha, e como o gozo não foi obtido ele foi rechaçado e desqualificado como homem. Por ela ter a idade da sua mãe, pode ter desencadeado sentimentos incestuosos e conflitantes e por isto, fica por três anos afastado das mulheres. Isto volta a se repetir quando recebe o diagnóstico da infecção do VHC, pois fica novamente mais três anos sem ter relações sexuais com medo de infectá-las. A angústia de fazer o tratamento também está relacionada com esta questão, pois exprime a preocupação de continuar na posição de um homem que não pode satisfazer uma mulher, não podendo ter mais relações sexuais. Parece que a doença acaba realizando o seu temor, ou seja, não conseguir satisfazer uma mulher.

Ao se dar conta de que deixar de sair com outras mulheres está fazendo exatamente o que a ex-esposa queria e que se não continuasse o tratamento permaneceria neste lugar, mostra que houve uma associação e um efeito rápido de escuta, podendo fazer uma escolha diferente.

A idéia de chamar o médico para o atendimento e de esclarecer as dúvidas concretas em relação ao tratamento tinha como objetivo que Mário pudesse entender o que estava passando com o seu corpo durante o tratamento, ter conhecimento sobre a medicação, a possibilidade de cura e que, assim, pudesse fazer sua escolha. Era uma maneira de neutralizar a repetição, sair de uma

posição alienante, de objeto do Outro e ser mais participativo e sujeito no processo que estava vivendo. Considero que foi um contato bastante importante, onde Mário pode se posicionar como agente de seu tratamento, podendo escolher continuá-lo, não como cobaia ou como filho da ex-esposa, mas como sujeito deste processo. Apontei a importância de continuarmos com os atendimentos porque apresentava questões relacionadas com sua história de vida que não eram apenas de ordem orgânica.

Em relação aos efeitos colaterais, senti cansaço e sonolência durante o tratamento. No seu caso isto não o impossibilitou de trabalhar porque seu trabalho não exige esforços físicos, pois permanece todo o dia em um escritório e pode reajustar seus horários de acordo com a necessidade.

O questionamento do futuro, de permanecer ou não com sua ex-esposa, fez com que Mário pudesse se questionar sobre seu lugar e a quais demandas estava respondendo. A fala, opiniões e desejos dos outros são incorporados pelo sujeito através da relação com as figuras primárias e as identificações. As opiniões e desejos de outras pessoas fluem para dentro de nós através do discurso e, portanto, nosso inconsciente está repleto de falas, objetivos e fantasias do Outro. A fala e opinião do pai de Mário deixaram marcas e consequências até os dias atuais. Acreditava que precisava continuar pagando e se castigando por ter feito algo que para ele não estava correto e por não ter sido um filho ideal para o seu pai.

No total tivemos seis encontros e acredito que foram bastante importantes para que Mário pudesse continuar a realizar o tratamento, e que ao invés de pagar pecados, era a oportunidade de reiniciar uma nova vida. O fato de ele pedir para continuar os atendimentos mostra que o desejo de saber e de modificar sua vida, foi instaurado.

O tratamento do vírus da hepatite C pode ter a duração de seis, doze ou dezoito meses de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Depois deste período é necessário que os exames sejam refeitos após seis meses para a confirmação da negatividade do vírus. No caso de Mário, o tratamento teve a duração de seis meses e este resultado positivo terá que ser confirmado após seis meses.

\

#### 4.1.3 Relato do caso Andréa

##### Contextualizando o caso

Andréa, 59 anos, casada, tem três filhos, estudou até a oitava série e é dona de casa. Tinha conhecimento da infecção pelo vírus da hepatite C há dois anos e neste momento os médicos chegaram à conclusão que deveria iniciar o tratamento.

Andréa foi encaminhada pelo médico porque iria iniciar o tratamento medicamentoso e estava bastante “nervosa”. O médico residente refere-se à dificuldade de explicar o tratamento para Andréa, pois ela se encontrava tão angustiada que não conseguia ouvir o que ele tinha para dizer. Andréa fazia perguntas que demonstravam que não conseguia assimilar o que estava sendo dito.

Converso com o médico residente e percebo que ele também estava angustiado pela dificuldade de conversar com a usuária. Proponho um atendimento em conjunto para que o tratamento pudesse ser explicado novamente e, em seguida, o encaminhamento para os atendimentos psicológicos.

Andréa aceitou bem o encaminhamento, mas disse que não sabia o que deveria me dizer e que estava muito nervosa. Expliquei para ela a pesquisa, lendo em voz alta o termo de consentimento, que foi assinado sem nenhum questionamento.

Conta que teve conhecimento da infecção há dois anos e neste momento os médicos chegaram à conclusão que deveria iniciar o tratamento. Isto a deixou bastante nervosa porque ouviu na sala de espera que o tratamento fazia cair o cabelo e que dava muito enjoão. “*Como vou sair na rua careca e vomitando*”? Diz já ter sofrido demais desde que soube da infecção, principalmente depois da realização da biópsia (para confirmação do diagnóstico), pois teve muita dor e dificuldade de se recuperar. Conta que sempre sentiu dores e chegou a receber o apelido de “Dolores”. “*Para mim tudo no meu corpo é dolorido*”.



Conta que descobriu o vírus através do filho, que recebeu este diagnóstico. A médica pediu para ela fazer os exames, pois estava desconfiada de que ele poderia ter sido infectado durante a gravidez ou no parto. Disse ter ficado “*apavorada*” por ter passado para ele. Sente muita culpa e tristeza desde que ficou sabendo do diagnóstico. “*Como pode uma mãe passar coisas ruins para um filho?*”

Pedi para me contar um pouco sobre esta gravidez, abrindo espaço para que pudesse falar sobre os sentimentos que a estavam afligindo bastante. “*Essa gravidez foi bem complicada porque não queria ter mais filhos*”. Conta que sua segunda filha ainda era pequena e ainda dava muito trabalho. Além disso, diz ter sentido muito enjojo. “*Minha vida já era difícil com dois filhos, imagina com três e ainda vomitando. Não trabalhava fora e faltavam coisas em casa*”.

Conta que nem conseguia comer direito por causa do enjojo e preocupações e por isto teve uma anemia muito forte, e precisou fazer uma transfusão de sangue durante a gravidez. Sentia-se culpada pois acredita que pegou o vírus porque não queria este filho. “*Um filho é uma benção e eu estava reclamando. Tanto sangue para eu tomar e eu fui receber justo o infectado*”! Neste momento se diz arrependida de ter reclamado da gravidez e que imaginou que o tratamento iria demorar a começar. Estava se sentindo bem fisicamente e por isto não entendia o motivo de ter que tomar medicamentos fortes. “*Já pensou sentir enjojo tudo de novo*”!

O filho ainda não precisou iniciar o tratamento, fazendo só o acompanhamento médico. Diz que ele não a culpa, pois sabe que ela não poderia saber que o sangue estava infectado, porém acredita que será impossível se livrar desta ideia.

Nos encontros seguintes, conta que sua vida foi muito difícil. Seus pais eram muito pobres e sempre teve que ajudar em casa. Lembra que sua mãe não tinha saúde e que sempre reclamava da vida. Diz que não quer ser uma mãe doente “*igual a minha mãe*”. Depois de ela reclamar tanto da vida conseguiu um motivo real para sofrer. Conta que a mãe teve câncer de mama e sofreu muito com o tratamento, principalmente com a “*queda de cabelo*”. Sentia-se muito feia, chorava muito e, segundo Andréa, foi ela quem cuidou desta mãe por cinco anos, até ela falecer. “*Foi muito difícil para mim*”.

Andréa pôde falar de como se sentiu durante este tratamento da mãe e quanto o cabelo representava o ser mulher. *“Se meu cabelo cair, vou parecer um homem e ainda mais, um homem careca”*. Conta que seu pai não se interessou mais pela sua mãe e por isto sente medo de o marido fazer o mesmo com ela. *“Como eu cuidava dela, ele caía na farra e arranjava outras mulheres”*.

Além de a mãe sofrer pela doença, também sofreu com o comportamento do marido. Neste momento acha engraçado o que disse e ao ser questionada diz sentir-se igual à mãe, pois além de estar doente, sentia culpa por seu comportamento de reclamar da gravidez e ter passado *“isso”* para o filho. Dá-se conta que fazia algo igual à mãe, o que sempre a incomodou muito, ou seja, *“reclamar das coisas”*.

Com isso se dá conta de mais uma reclamação e diz: *“Tenho todo o tratamento de graça e estou reclamando”*.

Conta que sente preconceito por parte dos vizinhos que ficaram sabendo da infecção, pois *“como não sabem direito o que é acham que é igual a Aids”*. Acredita que isto possa ser mais difícil do que o próprio tratamento. *“As pessoas olham para mim de forma diferente, acho que elas têm medo de mim”*.

No encontro seguinte, Andréa diz que não quer mais fazer o tratamento porque preferia morrer a ver o filho sofrendo. Pergunto se o filho não iria sofrer com a morte dela assim como ela sofreu com a morte da mãe. Isto a deixou bastante pensativa e diz que vai resolver depois se virá ou não no dia da medicação. Coloca que não quer mais conversar comigo naquele dia.

Neste dia a residente me procura bastante angustiada dizendo que estava tudo pronto para Andréa iniciar o tratamento e que ela havia desistido. Não consegue entender por que uma pessoa não quer se tratar e o que a teria levado a esta decisão. Pergunta-me se não posso interferir nesta decisão. Respondo que precisamos esperar a escolha de Andréa e que haviam situações vividas por ela durante sua vida que estavam interferindo nesta decisão.

No dia do início do tratamento, Andréa apareceu para realizá-lo, mas não me procurou para o atendimento. Preferi deixar livre o espaço para ela me procurar se assim o desejasse.

Tivemos ao todo seis encontros, sendo que em todos era eu quem a chamava para o atendimento. No início sempre permanecia calada e aos poucos começava a falar de suas questões. Tentei fazer um encaminhamento para que ela pudesse continuar falando sobre estas questões, da importância disto, porém ela recusou. Disse que só estava fazendo o tratamento para mostrar para o filho que quando ele precisar, também vai conseguir, podendo ser uma mãe com saúde, não precisando repetir a história de sua mãe.

### Discussão

Andréa fica sabendo do diagnóstico por causa do diagnóstico do filho e não por estar sentindo alguma dor física. O diagnóstico do filho já foi muito difícil de aceitar, pois era inesperado e a pegou de surpresa, parecendo ter sido traumático para ela. De acordo com ela, pior ainda foi saber que a responsável por tudo tinha sido ela. Portanto esta é a questão levantada pelo diagnóstico no caso de Andréa, ou seja, como pode uma mãe fazer mal para um filho.

Provavelmente foi pela transfusão de sangue que Andréa se infectou, mas abrir espaço para que pudesse falar da culpa que sentia por ter transmitido ao filho era muito importante para que pudesse por em palavras, significar e simbolizar este acontecido. Andréa viveu o impacto do diagnóstico duas vezes, ou seja, ao saber do filho e depois ter conhecimento de que também estava infectada.

O fato de ter que iniciar o tratamento e ter ouvido na sala de espera alguns dos possíveis efeitos colaterais, trouxe recordações de situações difíceis onde já viveu estes sintomas anteriormente, deixando-a muito nervosa. Ao ouvir o significativo enjôo e queda de cabelo uma rede de significações apareceu (enjôo na gravidez, morte da mãe, feminilidade) e com a oferta de demanda de escuta isto pôde ser falado para ser simbolizado.

Ao poder falar e retomar sua história, pode se dar conta de uma repetição que nunca havia percebido. Ou seja, reconhece comportamentos em si mesma que acreditava serem só de sua mãe. Relaciona isto com o tratamento quando diz: *“tenho todo o tratamento de graça e estou reclamando”*.

Quando Andréa me avisa que não quer mais fazer o tratamento porque preferia morrer a ver o filho sofrendo, faço a pergunta a ela com intuito de implicá-la na escolha que estava fazendo, como sujeito do seu sintoma. Não tinha a intenção de convencê-la a fazer o tratamento, mas de ela poder se questionar sobre sua decisão. Quando havia colocado a questão de como pode uma mãe fazer coisas ruins para um filho, será que não o estava fazendo novamente, com esta decisão de colocar-se no lugar de culpada, doente, de quem reclama de tudo e de não tentar a cura com o tratamento?

Acredito que com esta pergunta houve uma intervenção do analista e um corte de gozo, convocando-a como sujeito, o que a incomodou bastante, não querendo mais conversar comigo naquele momento, parecendo mostrar que está bem instaurada em seu sintoma. Porém, o fato de ela vir para iniciar o tratamento medicamentoso, indica que algo foi instaurado, pois ao invés de permanecer neste lugar de “culpada” escolhe fazer o tratamento, para ajudar o filho quando ele vir a precisar.

A ordem médica admite a existência de conseqüências psíquicas decorrentes dos seus procedimentos e espera que a intervenção do analista seja qualquer uma que tenha como resultado a não-interferência negativa dessas conseqüências psíquicas nos procedimentos médicos. É como se eles nos dissessem: façam com que o paciente aceite de bom grado as nossas ordens porque essa é a última chance que temos de curá-lo. (MORETTO, 2001, p. 140).

Andréa não aceitou o encaminhamento para continuar os atendimentos psicológicos, mas acredito que o fato de saber que se desejar falar há um lugar para ser escutada, e que existe uma relação entre os seus sintomas e sua história de vida, abriu uma possibilidade de que talvez, se necessário e se assim desejar, procure futuramente uma ajuda. Como dito anteriormente, Andréa não parece, neste momento, muito disposta ao trabalho analítico mostrando resistência e certa acomodação com seus sintomas, não querendo continuá-lo.

#### 4.1.4 Relato do caso Márcia

##### Contextualizando o caso

Márcia, 60 anos, casada, tem dois filhos, estudou até o primário e sempre foi dona de casa. Soube do diagnóstico do vírus da hepatite C há 14 anos, por meio de uma doação de sangue. *“Pediram para ajudar uma conhecida que estava precisando de sangue e eu fui ajudar”*. Conta ter ficado desesperada, sem saber o que fazer porque não sabia sobre a doença e sua gravidade.

Após reunião médica decidiu-se que Márcia iria iniciar o tratamento medicamentoso. A residente me passou o caso dizendo que estava muito preocupada pois Márcia se encontrava bastante deprimida.

Aceitou bem o encaminhamento para realizar os atendimentos psicológicos, mas desde o início disse que não tinha muito tempo para conversar porque morava muito longe, tinha que cuidar do marido e por isto tinha que sair logo do ambulatório. Expliquei para ela a pesquisa, lendo em voz alta o termo de consentimento, que foi assinado sem nenhum questionamento.

Conta que acredita ter se infectado por causa de uma cirurgia de redução de mamas que fez há 38 anos e que por uma complicação cirúrgica precisou realizar transfusão de sangue. Porém, diz que tem dúvida se foi pela transfusão ou porque usou o alicate de unhas de sua cunhada. *“Sempre achei ela uma cobra e invejosa, ela pode ter passado para mim”*.

Peço para me contar sobre esta cunhada e diz que a família do marido sempre foi um problema para ela, pois ele é o único homem no meio de quatro mulheres. *“Nunca o que eu fazia para ele era o suficiente para elas”*. Diz que elas o enganaram porque não contaram que o marido tinha *“problemas mentais”*. Dois meses depois do casamento ele já apresentou um quadro de depressão muito forte e ela, desde então, diz ser cuidadora dele.

Segundo Márcia, no início do namoro ela foi muito bem recebida pela família porque queriam se livrar dele, pois ele era um problema para todos. *“Depois que casei, começaram a me maltratar e jogaram ele nas minhas costas. Eu ingênua, não sabia de nada e só descobri depois os problemas dele”*. Conta

que ele tem quadros fortes de depressão, não quer se tratar e fica dentro de casa o dia todo.

Esta cunhada que passou o vírus é, segundo Márcia, a pior de todas. *“Sempre teve inveja de mim, tudo o que eu tinha queria ter igual. Sempre torceu para eu me dar mal e nunca me disse que tinha esse vírus”*. Na verdade imagina que ela tem o vírus, mas conta não ter certeza. *“Algo ela tem porque toma muitos remédios”*.

Márcia diz que quando descobriu o vírus, achou que era contagioso e por isto se isolou de todos. Separou todos os seus pertences, louças, talheres e roupas para não passar o vírus para seus filhos. Conta que o marido teve muito medo de se contaminar e ficou bastante *“estranho”*, não querendo chegar perto dela. *“Ele se recusa a fazer o exame para saber se está infectado”*. Diz que sofreu muito por causa do desconhecimento e do preconceito. Aos poucos foi entendendo melhor a doença, mas sempre que fazia os exames de rotina tinha uma expectativa muito grande, com medo da piora e de ter que iniciar o tratamento. *“Agora os médicos disseram que chegou à hora e estou muito aflita”*.

Em relação à cirurgia de redução de mamas, conta que fez pois eram muito grandes e isto gerava *“baixo-estima”*. Achava que não conseguiria arranjar namorado. Logo após a cirurgia conheceu seu marido e como já estava com 22 anos achou que era melhor casar rápido para *“não sobrar”*.

Diz que nunca trabalhou fora, mas sempre teve alguém para cuidar. Desde criança, por ser a filha mais velha, cuidava de uma irmã com paralisia cerebral. A irmã caçula teve leucemia e faleceu ainda criança. Sofreu muito com esta perda porque muitas vezes, considerava esta irmã como uma filha. A mãe teve câncer de mama e o pai câncer de intestino. Ajudou no tratamento de todos e até hoje, cuida do marido que sempre está *“jogado na cama com depressão”*.

Essas histórias de cuidados a deixam muito aflita com o início do tratamento. *“Como vou poder ser cuidada se sempre cuidei? E se passar mal com o tratamento, quem vai cuidar de mim?”* Sabe que os filhos podem ajudá-la, mas não consegue ocupar este *“outro lugar”*. Conta que nunca precisou de ninguém, sempre teve que se cuidar sozinha desde pequena.

Lembra que na época que cuidava de outra irmã, três anos mais nova que ela, o cunhado se declarou para ela. *“Isso foi horrível, minha irmã doente, deprimida e ele me elogiando, querendo algo comigo”*. Logo depois soube da infecção e *“para isto foi bom porque ele não me perturbou mais, para isto ela serviu”*. Quando questiono porque exatamente ela serviu, pensa, dá risada e me responde: *“não trair minha irmã com meu cunhado, porque a senhora precisa ver que homem bonito”*. Conta que ele gosta de sair, passear e aproveitar a vida, ao contrário de seu marido.

Diz que é muito difícil falar para mim sobre seu cunhado porque sente medo e vergonha dos seus sentimentos. *“Ele é um homem bom, mas cansou da minha irmã reclamar da vida e nunca querer acompanhá-lo em passeios. Um dia ele me convidou para ir ao cinema e eu fui porque queria muito assistir aquele filme e meu marido é igual a minha irmã, não quer sair de casa. Ninguém ficou sabendo, mas sofro por isto até hoje.”* Sabe que não podia ter saído com o marido da irmã (lei como interdição de um desejo proibido).

Pergunto para Márcia se aconteceu algo entre eles e ela responde que apenas falas carinhosas e um carinho nas mãos. *“Mas isto já é traição e acho que se não descobrisse o vírus algo bem pior poderia acontecer. Agora ele não quer mais saber de mim, acho que tem medo de também pegar isso”*

Fica surpresa com suas falas, principalmente por colocar o vírus como uma proteção, ou seja, como algo que a impede de realizar um desejo proibido. *“Será que se eu ficar boa ele ainda vai querer algo comigo depois de 14 anos? Conta que apesar de ter 60 anos gosta muito da vida e quer continuar vivendo. “Deus me livre pensar isso novamente”*.

No encontro seguinte começa falando de seu marido e diz que sempre foi muito difícil conviver com um homem deprimido, porque ela gosta muito de sair, passear e nunca podia porque ele estava sempre na cama, e queria ela por perto. Por isto, poucas vezes conseguia fazer estes passeios, mas depois que soube da infecção praticamente não sai de casa.

Diz que a residente considera-a deprimida, mas não concorda com isto. *“Só estou preocupada, principalmente com meu marido que precisa de mim. Apesar de deprimido ele é exigente com a limpeza e com a comida.”*

Sua preocupação agora é de ter efeitos colaterais e não conseguir cuidar do marido. Ouviu na sala de espera que pode sentir muito sono, dores no corpo e depressão. *“Deus me livre, não sou disto não”*.

Na reunião médica discutimos sobre o caso de Márcia e ficou resolvido que ela iria iniciar o tratamento medicamentoso e continuaria com meus atendimentos. A residente mostrou-se mais tranquila com esta decisão e disse que Márcia era uma pessoa que precisava conversar bastante e que ela, muitas vezes, não sabia o que dizer.

Tivemos ao todo seis encontros e nestes, Márcia pôde falar um pouco mais de suas questões, preocupações e de que estava se sentindo bem com o início do tratamento. Sentia um pouco mais de sono, mas podia continuar cuidando da casa, de seu marido e que isto a deixava mais tranquila. *“Depois que tomo as injeções fico mais cansada, mas descanso um pouco e faço os meus deveres”*. Conversamos um pouco sobre a possibilidade de pedir ajuda se caso houvesse necessidade. Coloquei que sempre respondeu a todos os pedidos de ajuda e que agora era o momento de ela poder se cuidar. Concorda com minha colocação, mas fica insegura com esta possibilidade.

No nosso último encontro, Márcia conta que estava sentindo-se bem com o início do tratamento. Apontei a possibilidade e a importância de ela continuar com os atendimentos, mas disse que estava bem e que no momento não tinha necessidade. Mesmo assim, preferiu ficar com a indicação caso necessitasse. *“Agora sei para que serve um psicólogo e se precisar falar com certeza vou procurar. Obrigada”*.

### Discussão

Márcia soube da infecção pela doação de sangue e não porque apresentava algum sintoma físico. Não esperava por este diagnóstico, pois segundo ela estava doando sangue para ajudar uma conhecida. De uma pessoa saudável, que pode ajudar, passou para uma pessoa *“infectada”*, que não pode ajudar.



Vimos pela sua história de vida que seu lugar, desde pequena foi de ajudar e cuidar dos que precisavam. Sempre teve de quem cuidar e apesar de achar que foi “enganada” pela família do marido, podemos ver que, mesmo casando, continuou repetindo este mesmo lugar, ou seja, respondendo à demanda: “cuide”. A repetição faz parte do próprio inconsciente, na medida em que está se repetindo os mesmos circuitos das cadeias associativas e se repetem sem cessar.

A primeira fala dela após o encaminhamento para os atendimentos psicológicos é de que mora longe e que não tem muito tempo para conversar porque tem que cuidar do marido. Isto me chama atenção, pois apesar de aceitar os atendimentos, logo de início já aparece um obstáculo, uma resistência. Para ela mesma não tem muito tempo, porque tem que cuidar de alguém, precisando sempre estar respondendo ao desejo do Outro.

Podemos pensar que o diagnóstico remete a um desejo que seria o de deixar de ser a cuidadora, pois permanecer neste lugar de cuidadora de todos (irmãos, pais, marido) seria igual a não desejar, não viver.

Márcia passou 14 anos sem precisar de tratamento. Por desconhecimento da infecção, separou seus pertences e isolou-se das outras pessoas. Sofreu com o preconceito e o distanciamento do marido. Ao saber que precisava iniciar o tratamento sentiu-se muito “aflita”, com medo de não mais poder responder a esta demanda de cuidar.

A residente encaminha Márcia colocando sua impressão, dizendo que está muito deprimida. Não pode escutar esta aflição de “mudança de posição”, ou seja, da que cuida para ser a cuidada. Este sentimento surgiu ao escutar na sala de espera que o tratamento dava sono e cansaço. Relacionou o que escutou com sua história de vida e com a possibilidade de não mais ser a cuidadora.

Neves *et al.* (2006) realizaram revisão de literatura sobre a associação entre hepatite C e depressão. Os estudos epidemiológicos apontam para uma associação positiva entre hepatite C e depressão, porém não existe ainda um modelo que permita explicar de forma definitiva a natureza fisiopatológica desta eventual associação. A depressão pode ocorrer como um fenômeno secundário a uma infecção por HCV, tomando a forma de uma depressão reativa relacionada

com o diagnóstico e com conseqüentes preocupações sobre o estado de saúde em longo prazo. É importante fazer a diferenciação entre a reação psicológica à notícia de que se está infectado com o HCV que é um fator ansiógeno relevante e o efeito direto do vírus (o efeito biológico da infecção pode, de forma intrínseca, favorecer ou mesmo desencadear a ocorrência de sintomatologia depressiva).

A maioria dos estudos mostrou que a depressão em portadores do vírus da hepatite C era significativamente mais comum que na população geral. A depressão na hepatite C está bastante relacionada com a percepção da doença, a incapacidade funcional, a baixa qualidade de vida, a fadiga grave e com a presença de comorbilidade psiquiátrica ativa.

Provavelmente foi pela transfusão de sangue que Márcia foi infectada. Porém ela tem dúvidas e levanta a hipótese de ter sido infectada usando o alicate de unha da cunhada (apesar de não saber se esta está infectada). Oferecendo escuta e dando crédito para esta possibilidade, pode falar livremente sobre esta cunhada e sua história de vida.

Pode falar de um segredo que a incomodava: ter saído escondido com o marido da irmã. Sente que fez algo de errado e coloca isto ao dizer sentir vergonha por falar de seus sentimentos. Segundo Quinet (1991) a vergonha está associada a fatos ou principalmente a fantasias de desejo, particularmente íntimas e secretas. O sentimento em relação ao cunhado causa culpa e por isto teve que ser escondido.

Após essas falas, pelo trabalho realizado de escuta, colocou o vírus como uma proteção destes sentimentos. Ou seja, o vírus vem para brechar, paralisar o sentimento de ambos que poderia acarretar numa traição pior que a ida ao cinema. O descobrimento do vírus há 14 anos, impede-a de realizar um desejo proibido. O cunhado se afasta dela e ela das pessoas com medo da transmissão. A vontade de sair, passear, também é deixada de lado e volta novamente para o lugar de apenas cuidar do marido.

Coloca-se uma questão que ao mesmo tempo em que dá medo, traz uma excitação. “*Será que se ficar boa ele vai querer algo comigo?*” Diz ter desejo de viver, mas que de maneira? Com esta pergunta tive como objetivo abrir espaço

para que Márcia pudesse começar a se questionar sobre seu lugar e sobre sua vida.

Na análise, não se trata de saber o que o sujeito demanda, mas sua relação com a demanda inconsciente do Outro, sendo que o desejo, por ser vinculado à lei, é aquilo pelo qual o sujeito se situa em relação a ela, podendo inclusive dizer-lhe não. O desejo se apóia na lei que o constitui e com a qual está estruturalmente associado para derrubar o incondicional da demanda do Outro, colocando-se para o sujeito, como condição absoluta. (QUINET, 2000, p. 98).

Márcia sabe que não pode sair com o marido da irmã e se tem desejo de viver, precisa buscar outra maneira de dizer não a este desejo proibido sem ser pela infecção. Pode buscar outra pessoa que não seja o marido da irmã e que também tenha desejos de vida parecidos com o dela.

Como efeito colateral do tratamento sentia sonolência, mas mesmo assim conseguia continuar cuidando da casa e do marido. Não teve vontade de continuar os atendimentos, mas o fato de saber que existe um lugar para poder falar e quem sabe mudar de posição, abre espaço para uma possibilidade futura de continuar os atendimentos. Diz: *“foi muito importante ter descoberto que posso ser uma pessoa feliz”*.

#### 4.1.5 Relato do caso Tânia

##### Contextualizando o caso

Tânia tem 60 anos, solteira, 8 filhos com três homens diferentes. Estudou até a primeira série e desde cedo trabalha em casa de família. Desses oito, dois filhos morreram quando crianças, e um deles ela deixou com uma família da mesma cor (negra) que tinha condições melhores para criá-lo.

Tânia iria iniciar o tratamento medicamentoso e a médica a encaminhou dizendo que lhe chamava atenção a tristeza que via no rosto de Tânia. Ela aceitou bem o encaminhamento dizendo que já havia conversado com outra psicóloga algum tempo atrás porque sempre pensou em suicídio. Li em voz alta o

termo de consentimento da pesquisa e ela o assinou sem nenhum questionamento.

Nesse mesmo atendimento conta que descobriu que estava infectada pelo vírus há cinco anos ao fazer exames de rotina e que isto a deixou mais triste do que já é naturalmente. *“Na verdade me assustei porque achava que era igual a AIDS”*. Conta que tinha vergonha de perguntar para o médico e por isto passou todo este tempo acreditando que era o vírus da Aids. *“Ainda mais que conheci gente aqui com isto”*. Relata que chegou a dizer para alguns parentes que iria morrer porque estava com Aids.

Pergunto quando e como ficou sabendo que o que tinha era o vírus da hepatite C. Responde que só agora, quando a médica explicou o tratamento que perguntou se o vírus da Aids tem cura. *“Aí ela disse: você não tem o vírus da Aids e me explicou o que eu tinha, mas para mim é quase igual”*.

Acredita que pegou de algum homem porque *“sempre fui namorada”*. Diz que nunca se preveniu nestas relações sexuais, pois não se preocupava com doenças. Anteriormente, já teve outras doenças transmitidas sexualmente e mesmo assim diz não se cuidar.

Conta que não pretendia fazer o tratamento porque a vida nunca foi algo importante. Como já estava cinco anos sem tratamento, achava que nunca iria precisá-lo. *“Por isto me assustei quando a médica falou de começar o tratamento”*. Ao questioná-la de como foi receber esta notícia, disse: *“Sempre me sinto triste, sem vontade de viver, então mais uma vez me sinto assim.”* Só vai fazer o tratamento porque os filhos estão pedindo para que faça. Além disso, precisa dar o exemplo para um deles que é portador do HIV e não quer fazer tratamento. Diz que ele já passou para a esposa e que os dois só querem saber de usar drogas, o que a preocupa bastante. *“Só querem curtir a vida, beber, transar e usar drogas”*.

No atendimento seguinte, peço para que me fale sobre o que tiver vontade. Começa a fala que tem depressão desde os 15 anos quando tentou suicídio pela primeira vez. Sua mãe faleceu quando era pequena e o pai casou-se novamente quando ela tinha 13 anos. Conta que sua madrasta era extremamente rígida,

impondo leis dentro de casa, com as quais Tânia não concordava. *“Meu pai não fazia nada para impedi-la, ela mandava e ele aceitava”*.

O pai trabalhava com carros e por isto tinha gasolina dentro de casa. Pegou a gasolina derrubou sobre seu corpo e colocou fogo. O pai desesperado jogou água nela e a salvou, mas ficou internada durante três meses, pois queimou quase todo o corpo do peito para baixo. Depois que saiu do hospital, acreditava que depois do acontecido, seu pai iria separar-se da madrasta para cuidar dela, mas não foi o que aconteceu. *“Fiquei revoltada e decepcionada e aí resolvi aprontar saindo com vários homens”*. De repente abre o vestido fazendo questão de mostrar as cicatrizes da queimadura em seu corpo. *“Olha, pode olhar”*, diz para mim.

Neste momento pergunto o quê ela quer que eu olhe e me responde: *“Meu corpo mostra que sou uma pessoa ruim porque dei um filho. Ele ficou sem mãe e sem pai”*. Como mantinha relações sexuais com vários homens não sabia quem era o pai dos filhos.

A partir deste momento pôde começar a falar sobre o arrependimento e culpa que sente por não ter criado esta criança. Conta que deixou com uma pessoa dizendo que viria buscá-lo depois de um mês e quando voltou para pegá-lo, esta pessoa não quis mais devolvê-lo. Disse que já havia registrado e que por isto era dela. *“Pegaram meu filho de mim”*.

Relata que foi procurá-lo novamente quando ele tinha 22 anos. *“Ele não sabia que era adotado e ficou revoltado”*. Conta que a recebeu bem, mas que desapareceu novamente e nunca mais conseguiu encontrá-lo. *“Esta é a grande tristeza da minha vida”*. Diz que pais não podem abandonar filhos, mesmo que achem que é para o bem deles. Ao falar isto, relaciona com seu sentimento de abandono: pela mãe, por ter morrido cedo e pelo pai por *“preferir à madrasta”*.

Nos encontros seguintes, fala bastante sobre este filho, da culpa que sente e que seu corpo paga pelos seus erros. Por isto, acha que vai sofrer bastante com este tratamento. *“Eu mereço”*. Diz que não tentou mais se suicidar, mas tem vontade de morrer. *“Eu quem deveria estar com Aids”*. Sente-se culpada pela doença do filho, pois levava homens para dentro de casa. *“Dei mau exemplo para*

*eles*". Coloca que fazer direito o tratamento é a chance que tem de passar "*alguma coisa boa para os filhos*".

Tivemos no total cinco encontros e Tânia ainda não havia iniciado o tratamento medicamentoso. Precisava realizar mais alguns exames laboratoriais para que pudesse iniciar o tratamento. Apontei para ela a importância de ela continuar os atendimentos psicológicos e ela aceitou a minha indicação no mesmo momento. Encontrei-a no mês seguinte e ela me informou que tinha procurado o serviço que havia lhe indicado.

### Discussão

Tânia descobriu a infecção porque estava realizando exames de rotina no posto de saúde e não porque apresentava algum sintoma da doença. Quando soube do diagnóstico contou ter se assustado porque achou que era o mesmo vírus da Aids e por isto, logo relacionou que se infectou por manter relações sexuais com vários parceiros sem uso de qualquer proteção. É interessante pensar que acreditava ter este diagnóstico durante cinco anos. Mesmo frequentando o ambulatório para acompanhamento médico durante esse período, permaneceu com este diagnóstico, e só no momento de precisar iniciar o tratamento conseguiu perguntar à médica se o vírus da Aids tinha cura. Neste momento é que pode ouvir o que realmente tinha, mas mostra que já havia se colocado no lugar de condenada, avisando aos parentes que iria morrer.

O fato de frequentar um ambulatório de doenças infecciosas e de ter encontrado pessoas com o vírus da Aids, reforçaram em Tânia a crença de que o que ela tinha era o mesmo vírus. No entanto, mesmo a médica dizendo seu diagnóstico ela continuou achando que era a mesma coisa, pois segundo ela: "*pegou porque sempre foi namorada*". Isto mostra que o diagnóstico desencadeou em Tânia questões relacionadas à sua história: a promiscuidade, tentativa de suicídio, uma criança abandonada sem mãe e sem pai, morte de sua mãe, desatenção do pai.

Ter relações com vários parceiros sem uso de preservativos pode ter sido a maneira como Tânia se infectou, pois se em algumas destas relações houve contato com sangue contaminado por uma fissura, a infecção pode ter

acontecido. Não relata uso de drogas ou transfusão de sangue, e em muitos casos, não se sabe exatamente a forma como houve a transmissão.

Ao atendê-la, tinha a impressão que o diagnóstico, apesar de tê-la assustado inicialmente, não era o que a estava preocupando. Quando soube que não era Aids, não reagiu. Mesmo já tendo tido doenças transmitidas sexualmente, não se cuidava. Esta reação me chamava atenção e achei melhor deixá-la falar o que quisesse, ao invés de perguntar sobre a infecção. A associação livre é a única regra da psicanálise, ou seja, deixar o cliente falar o que vier à cabeça, mesmo o que pareça sem importância ou um absurdo.

Começou a falar sobre depressão e sua tentativa de suicídio aos 15 anos. A maioria das tentativas de suicídio na infância e na adolescência implica um apelo, vindo mostrar uma dificuldade no relacionamento com aquele que o sujeito institui no lugar do Outro. No caso de Tânia, seu pai não pode ouvir os apelos que dirigia a ele para que barrasse esta madrasta “malvada”. Provocou a tentativa de suicídio como um apelo para que esse pai olhasse para ela, se desse conta de seu sofrimento e tomasse uma atitude frente a madrasta. Pelo que conta, este ato não foi suficiente e por isto resolveu “aprontar”. Começou a sair com vários homens com o intuito de mais uma vez chamar a atenção desse pai. A questão do pai como função simbólica é essencial na adolescência. Segundo Quinet (1999) o adolescente faz um apelo ao pai na tentativa de dar conta do impacto do gozo que o invade. Mas o pai será forçosamente incompetente para responder às questões cruciais do sujeito, tornando-se aí culpado, pois estará sempre aquém da função que representa.

Segundo Alberti (1999), de acordo com a teoria psicanalítica, a adolescência em momento algum implica uma separação necessária dos pais, tampouco implica a procura de uma auto-identidade. O movimento de separação dos pais se inicia antes do período de latência, ou seja, é anterior à puberdade, implicando a incorporação dos pais. Esta se dá por uma identificação com eles, que, internalizados, passam a integrar o supereu (lei), herdeiro do complexo de Édipo. A dificuldade da adolescência dependeria da própria ferocidade desse supereu que, quanto mais terrível, tanto maiores as dificuldades do sujeito, maiores seus conflitos, principalmente no campo da sexualidade, do desejo que, de uma forma ou outra, sempre é sexual.

Ter relações com parceiros diferentes sem ter cuidados, pegar doenças, mostrar o corpo queimado, dizer que tem Aids e que vai morrer, a meu ver, continua sendo maneiras equivocadas de pedir ajuda a este Outro. Quando Tânia me mostra o corpo queimado e não reajo com horror e pena, perguntando o quê realmente ela quer que eu veja, é uma tentativa de abrir novas cadeias de significantes. Pode assim falar sobre este filho que foi “dado” e que ficou sem mãe nem pai. Associa-o ao fato de sentir-se abandonada pela mãe e pelo pai e da repetição da pulsão de morte que aparece nos filhos. Um só quer curtir a vida, num gozo mortífero, outro está desaparecido, dois morreram quando crianças.

O tratamento da hepatite aparece como uma possibilidade de agir diferente, ou seja, ao invés de dar mau exemplo, tem a chance de “*passar coisas boas para os filhos*”, mostrando uma implicação do sujeito no tratamento. Mas, mais uma vez, coloca seu corpo em sofrimento como estivesse se autopunindo quando diz que merece sofrer com o tratamento.

Podemos ver a repetição na história de Tânia, pois a morte precoce da mãe foi vivida por ela como um abandono, ou seja, uma mãe abandona um filho. Este sentimento reaparece quando o pai casa-se com a madrasta dando menos atenção a ela. Por falta de simbolização, de palavras, aparece a mortificação do corpo, ou seja, a tentativa de suicídio, o corpo queimado, as doenças vêm no lugar desta impossibilidade de por em palavras todo este sofrimento. A intervenção analítica aparece principalmente quando a pergunta “o que você quer que eu veja” foi colocada, na tentativa de formar novas cadeias de significantes e simbolizar passando para palavras o gozo que está no corpo. O gozo é o que escapa à simbolização, sendo a satisfação da pulsão de morte, é a suposição da satisfação absoluta do desejo, porém o desejo é impossível de satisfazer. Quando se realiza um desejo, quando se coloca em ato, o caminho para a satisfação volta a se abrir. O local do gozo por excelência é o corpo, e é o lugar onde o inconsciente goza. Quando o gozo domina, as palavras desaparecem.

Podemos ver que houve uma implicação de Tânia como sujeito quando diz vai se curar para dar bom exemplo para o filho que parece repetir sua história, pois pode ser uma mãe que não abandona (mudança de posição).

O corpo fala e dizer que o corpo fala equivale a postular sua submissão à primazia do significante. O corpo é determinado como o leito do Outro pela



operação significativa, ou seja, o corpo é afetado radicalmente pelo significante. Enquanto para a medicina o corpo se confunde com o organismo, para a psicanálise o corpo é alguma coisa que é feita para gozar, gozar de si mesma. (LACAN, 1966).

Antes de finalizar os atendimentos, conversei com a médica responsável por este caso colocando a importância dos atendimentos psicológicos para a realização do tratamento medicamentoso. As questões aqui colocadas como: tentativa de suicídio, apelo ao pai, corpo em gozo precisam ser trabalhadas. O dispositivo analítico trabalha com a palavra, com mecanismos que são próprios da estrutura significativa, com efeitos de significado. O gozo é real, algo que está fora da significação, volta ao mesmo lugar e causa sofrimento. A psicanálise opera com o simbólico e produz efeitos no real. É uma cura pela palavra que tem efeitos no corpo.

O fato de Tânia aceitar o encaminhamento e procurar o serviço indicado mostra que algo foi instaurado e abriu-se uma possibilidade para uma possível mudança.

#### 4.2 SOBRE O *SETTING* ANALÍTICO

Neste item fazemos uma avaliação da coleta de dados e do *setting* analítico, apontando as dificuldades e possibilidades do psicanalista em ambulatórios e enfermarias.

Ao escutar os médicos residentes discutindo os casos na sala dos médicos comecei a verificar que alguns usuários incomodavam o médico residente por quererem falar algo deles que não era diretamente relacionado com a questão da hepatite C e, portanto, não era “oportuno” ou não sabiam como lidar ou o quê fazer com aquela informação naquele momento. Às vezes falavam para mim: “*esse precisa de um psicólogo*” ou “*ela só quer falar de uma dor nas costas que não tem haver com a hepatite*”.

De acordo com o delineamento inicial, o atendimento em análise se iniciaria quando o usuário iniciasse o tratamento medicamentoso, porém só dois

dos cinco participantes iniciou o tratamento. O não início da medicação ocorreu por alguns motivos: faltas do usuário ao ambulatório, alteração clínica expressa em algum exame laboratorial, diagnóstico prévio de depressão e necessidade de nova avaliação psiquiátrica ou doença prévia que impedia o início do tratamento. Como a proposta de atendimento psicanalítico já havia sido apresentada e o termo de consentimento da pesquisa já tinha sido assinado, considerou-se falta de ética interromper o atendimento daqueles que não iniciariam o tratamento medicamentoso. Porém, antes destas impossibilidades ou adiamentos aparecerem os participantes já havia escutado dos próprios médicos residentes que iniciariam o tratamento, e esta espera causava bastante angústia aos participantes. Continuei os atendimentos analíticos todas as vezes que compareceram ao ambulatório, possibilitando um lugar de escuta para estas angústias, sofrimentos ou o que tinham vontade de falar.

Como já apontado, segundo a visão lacaniana, uma análise pode ocorrer em qualquer lugar, rompendo com o *setting* analítico, desde que haja o manejo da transferência, os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o desejo do analista. O inconsciente está presente aonde se fala e se o desejo do analista for de escuta, despertará no sujeito o desejo de ser escutado aonde quer que seja: consultórios, ambulatórios ou outros. Sendo assim, a psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado, com um divã e poltrona confortável, ou seja, o “*setting* analítico”, não é o mobiliário (espaço físico) e o conjunto de regras estabelecidas como dia e horário da sessão, mas a possibilidade de o analista manejar a sessão de acordo com a única regra fundamental: a associação livre. (QUINET, 2000).

Como exemplo, por ter realizado esta pesquisa no ambulatório de doenças infecciosas, a maioria dos atendimentos foi realizada nas salas de atendimento médico, porém algumas vezes, todas as salas estavam ocupadas e como a pessoa não podia aguardar, os atendimentos aconteceram na cozinha do ambulatório que possui uma mesa e duas cadeiras. Portanto, é importante ressaltar que o psicanalista precisa ter flexibilidade para lidar com os imprevistos que ocorrem na instituição, pois mesmo assim podem manter o rigor e a ética necessária para que o atendimento ocorra.

Deste modo, o psicanalista pode oferecer sua presença e sua escuta, ao realizar seus atendimentos em qualquer lugar. Como diz Elias (2008), onde for possível falar e escutar, ali está o inconsciente, com seu movimento à mostra, pronto para ser capturado em seu discurso. Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e a história do sujeito persiste para além do corpo biológico.

Porém, como sabemos, a pessoa procura o hospital em busca de um tratamento orgânico e principalmente em hospitais públicos, onde a maior parte das pessoas possui escolaridade mais baixa e menos acesso a cultura, muitas vezes não sabe qual é o papel do psicanalista e muito menos sobre o quê deveriam falar com este profissional. Portanto, o uso de um roteiro de entrevista semiestruturada no primeiro contato com a pessoa, com objetivo de instalar um vínculo, foi considerado válido e educativo, pois percebi que no decorrer dos encontros tinham mais facilidade de falar e, muitas vezes, procuravam-me porque queriam conversar. A partir dele pôde-se abrir espaço para que pudessem falar livremente (associação livre) nos encontros seguintes. Para se acessar o inconsciente e suas cadeias significantes, a única regra fundamental da psicanálise é a associação livre. Deve-se deixar falar livremente, não apenas o que pode dizer intencionalmente, o que lhe trará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo sendo desagradável dizê-lo.

Em relação ao tempo de atendimento, sabemos que uma análise leva tempo para chegar ao seu final (se chegar). Tinha em mente que esses atendimentos possuíam um tempo, onde poderia se iniciar uma análise e que seria interrompida num curto espaço de tempo. Porém acredito que isto não deixa de ter um efeito analítico na pessoa, que podemos chamar de retificação subjetiva, ou seja, o início de um processo em que se promove a modificação do sujeito em relação às repetições na sua história de vida, implicando-se com suas queixas, podendo ir à busca de seu desejo. Retificar seria sair da posição de objeto para a de sujeito dividido pela própria castração, ou seja, uma análise não pode eliminar a divisão do sujeito (castração), mas propiciar que o sujeito, ao conhecer seus significantes primordiais, deixe de responder ao desejo inconsciente que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo do Outro,

podendo se responsabilizar por sua condição desejante, ou seja, aceitar a impossibilidade de se satisfazer plenamente o desejo.

Podemos pensar que uma análise poderia ser dividida em três tempos: entrevistas preliminares (onde acontece a retificação subjetiva), análise propriamente dita e final de análise (travessia do fantasma). Segundo Moretto (2001), o mais frequente no hospital, nos ambulatórios e enfermarias, é que o trabalho analítico não avança mais do que o primeiro tempo (entrevistas preliminares). Desta maneira, é um trabalho breve, preliminar, que num curto espaço de tempo a análise é interrompida, mas tem efeitos e modificações no sujeito. Nos casos atendidos podemos observar que houve mudanças e implicações dos participantes, ou seja, ocorreu a retificação subjetiva. Mário, por exemplo, estava disposto a desistir do tratamento quando se deu conta que se o fizesse, permaneceria no lugar de objeto e de filho para sua ex-esposa, respondendo a demanda de não ter relações sexuais com nenhuma outra mulher, e por isto, resolve continuá-lo até o fim. Tânia percebeu que fazendo o tratamento poderia dar bom exemplo para o filho e não abandoná-lo (o que sentiu por parte de sua mãe falecida). Portanto, uma análise pode propiciar que o sujeito deixe de responder cegamente ao desejo inconsciente, que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo de um Outro, de modo a tornar-se capaz de se responsabilizar por sua condição desejante.

Em alguns casos atendidos neste trabalho, os usuários aceitaram o encaminhamento para a continuação do processo; em outros, pôde-se abrir uma porta para que, no futuro, isto aconteça (como Márcia e Andréa). Porém, acredito que em todos os casos este primeiro tempo de análise foi efetuado. Para alguns, naquele momento, foi satisfatório e, para outros (como Mário e Tânia), aceitaram o encaminhamento de continuar em outro lugar.

É importante ressaltar que a equipe básica do ambulatório de doenças infecto-contagiosas da UNIFESP é constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistente social. Portanto, estes profissionais não estão acostumados a lidar com o psicólogo ou psicanalista no dia-a-dia da instituição, pois em casos de pessoas com patologias ditas mentais, encaminham para a psiquiatria. Desta forma, as pessoas que frequentam a instituição, também não estão acostumadas a serem atendidas por este profissional, porém os cinco

participantes conseguiram entrar neste processo de transferência, associação livre e retificação subjetiva.

O contato que pude ter com os médicos residentes e médicos foi bastante importante, pois pudemos trocar informações sobre a situação dos participantes/usuários e de pensarmos juntos sobre a possibilidade destes iniciarem o tratamento. Percebi que a equipe médica sentia mais tranquilidade por saber que os usuários, assistidos por eles, estavam sendo acompanhados por mim, o que mostra uma aceitação desta intervenção. Se houvesse a possibilidade de um psicanalista ou alguém que cumprisse este papel integrar a equipe seria muito bom para os profissionais e para as pessoas que teriam uma assistência mais integrada.

Podemos dizer que a presença do analista no hospital é possível porque garante a possibilidade de os médicos continuarem com mais tranquilidade a tratar do que é seu objetivo primeiro, o adoecimento, e o analista, das questões da subjetividade (MORETTO, 2001; FERREIRA e SILVEIRA, 2004).

Portanto, quando, por exemplo, fiz a proposta de realizar assistência conjunta com o médico tinha como objetivo estabelecer uma melhor relação entre o médico e o usuário. No caso de Andréa (dificuldade de uma comunicação efetiva sobre o tratamento), acreditava ser muito importante que ela tivesse conhecimento do que aconteceria com ela, tanto a parte do tratamento medicamentoso como possíveis efeitos colaterais deveriam ser ditos pelo médico. Isto é muito importante para uma aceitação, participação como sujeito no processo que está vivendo, na melhora e possível cura.

O diagnóstico e as orientações sobre uma doença devem ser explicados e os profissionais podem ajudar a pessoa a entender e compartilhar sobre decisões e consequências do tratamento. A certeza de que as mensagens foram compreendidas e a disponibilidade para o esclarecimento das dúvidas estabelece a cumplicidade e o compromisso com o tratamento.

No caso de instituições públicas, muitas vezes, o sistema público de saúde dificulta a relação pessoal (entre a pessoa e o profissional), dando lugar ao vínculo institucional, ou seja, a ligação do usuário é com a instituição e não com o profissional que está cuidando do seu caso. Portanto, oferecer este espaço, dá a

possibilidade de se criar vínculo pessoal, o que dá mais segurança e com certeza mais tranquilidade para realizar um tratamento (no caso da hepatite C) que pode causar tantos efeitos colaterais.

A angústia vivida pelo médico residente no caso Andréa, que queria desistir de iniciar o tratamento, me faz pensar como é difícil para a equipe médica se deparar com este tipo de situação. Isto porque foram preparados para cuidar, salvar vidas, principalmente por acreditarem que possuem os recursos necessários para isto. Lidar com alguém que por questões pessoais não quer aceitar esta ajuda é para eles insuportável. Pede para que eu interfira na decisão de Andréa e mostro para ele qual é o meu limite, e que a escolha final seria de Andréa, ou seja, continuar com as repetições ou implicar-se no processo, podendo buscar seu desejo. Esta assistência em equipe resultou na possibilidade de Andréa iniciar um processo de retificação subjetiva.

Portanto, a função central do psicanalista é oferecer uma escuta que promove a fala do usuário, abrindo a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando o processo de subjetivação. Conhecendo seus significantes primordiais, suas repetições, o sujeito pode estar numa posição mais ativa e menos alienante no processo que está vivendo.

Como vimos, o psicanalista pode e deve trabalhar em equipe, quando esta reconhece as diferenças, respeitando e considerando a função de cada profissional. Por estar em uma instituição pública de saúde precisa, necessariamente, ter flexibilidade e disponibilidade de enfrentar imprevistos, podendo manter sua ética e rigor.

## **CAPÍTULO 6**

### **CONCLUSÃO**

1. Oferecer espaço de escuta para que possa surgir demanda para um atendimento psicanalítico.

Oferecer um espaço de escuta possibilitou que ao falar, os participantes pudessem conhecer suas histórias, suas cadeias de significantes, repetições, medos, fantasias e angústias, e assim, que questões individuais surgissem; e pela intervenção analítica pôde ocorrer a implicação de cada um dos sujeitos no seu sintoma e tratamento. Podemos perceber que nos cinco casos apresentados, houve uma implicação como sujeito em cada um deles, onde os sujeitos puderam fazer escolhas e modificar alguns comportamentos. Por exemplo, nos casos de Mário e de Andréa, que estavam realmente decididos a não realizar o tratamento medicamentoso pudemos perceber que ao se implicarem com seus sintomas, questões e história de vida, puderam tomar decisões diferentes podendo estar menos alienados e mais participativos no processo que estavam vivendo.

2. Apreender o impacto do diagnóstico na pessoa infectada pelo vírus da hepatite C até a necessidade de iniciar o tratamento.

O diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, podendo acarretar mudanças físicas, sociais, familiares e profissionais. No caso da infecção pelo vírus da hepatite C o impacto do diagnóstico para ser ainda maior, devido ao fato de as pessoas não sentirem nenhum sintoma físico e descobrirem a infecção por outro motivo, como doação de sangue ou exames laboratoriais necessários para realização de cirurgia.

O tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento pode levar anos, que normalmente é vivido com desinformação, medo, isolamento, preconceito, fantasias e angústias em relação à infecção. Ao ouvir do médico a

necessidade de iniciar o tratamento traz à tona todos estes sentimentos vividos na época do diagnóstico, e parece ser um novo impacto para estas pessoas.

Para cada sujeito o diagnóstico levanta uma questão singular, que tem ligação com sua história de vida. Para Laura, o diagnóstico retoma a questão do abuso sexual, agressividade e morte. Para Mário, o diagnóstico retoma sua questão de como ser homem e agradar uma mulher, o que o levou às drogas e conseqüentemente à infecção. Já para Andréa, a questão que se levanta é de como uma mãe pode fazer mal para um filho (ela transmitiu a infecção ao filho). Para Márcia, o diagnóstico coloca a questão de ser cuidadora dos doentes da família e do desejo de viver de forma diferente. Para Tânia, o diagnóstico traz questões sobre sua tentativa de suicídio, promiscuidade e abandono de um filho. Ou seja, para todos recoloca a Lei (significante do Nome-do-Pai), retomando traumas vividos.

3. Mostrar as possibilidades e contribuições de um psicanalista em enfermarias e ambulatórios.

A escuta psicanalítica tem muito a contribuir nos ambulatórios e enfermarias dos hospitais gerais com pessoas acometidas por doenças orgânicas. Antes mesmo de um diagnóstico, essas pessoas possuem suas próprias histórias de vida que incluem questões, medos, fantasias, segredos familiares, e o diagnóstico de doença crônica reacende todos essas questões e sentimentos que são singulares e precisam ser falados e simbolizados.

Ao acreditar que o inconsciente não está nem dentro nem fora, mas sim aonde o sujeito fala, é que a psicanálise pode-se dar em qualquer lugar (mesmo fora dos consultórios particulares), contanto que se garanta sua boa execução, ou seja, manejo da transferência, fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o “desejo do analista” de que a análise se dê. Apesar do curto espaço de tempo, não deixa de ter um efeito analítico na pessoa, o que chamamos de retificação subjetiva.

O psicanalista no âmbito hospitalar é obrigado a lidar com outras variáveis que não se apresentam no seu trabalho em consultório particular, precisando estar disponível e aberto para enfrentar estas situações podendo manter o rigor



dos atendimentos. O trabalho em equipe tem sido possível e de grande importância, na medida em que todos os profissionais e suas funções sejam respeitados.

A troca de informações, os pedidos de participação nos atendimentos analíticos, foram muito proveitosas para este trabalho. Quando se pediu aos médicos residentes que participassem do atendimento psicanalítico para esclarecer dúvidas médicas do usuário, que é uma das funções do médico, objetivou-se facilitar uma relação clara e dialógica entre usuário e médico fundamental para o tratamento.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. Brasília, 2007. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 ago. 2009.

BRAUNSTEIN, N. *Gozo*. São Paulo: Escuta, 2007.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONDE, H. *Sintoma em Lacan*. São Paulo: Escuta 2008.

DIAS, S. *Paixões do Ser uma captura monstruosa*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ELIA, L. *O Conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

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

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites Virais: aspectos de epidemiologia e de prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.7, n.4, p. 473-487. Porto Alegre, 2004.

FINK, B. *O Sujeito Lacaniano entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

FREUD, S. (1919) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

JORGE, S. G. Hepatite C Hepcentro. Disponível em: <[http://www.hepcentro.com.Br/hepatite\\_chnm](http://www.hepcentro.com.Br/hepatite_chnm)>. Acesso em 20 ago. 2007.

JULIEN, P. *Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

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

LACAN, J. (1949) O Estádio do Espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência analítica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

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

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

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

LACAN, J. (1955/56) *Seminário III – As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

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

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

LACAN, J. (1957) A instância da letra ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

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

LACAN, J. (1962/63) *Seminário X – A Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. (1964) *Seminário XI – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LACAN, J. (1965) *Seminário XII – Os problemas cruciais da psicanálise*. Versão inédita.

LACAN, J. (1975/76) *Seminário XXIII – O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

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

MILLER, J. A. *Percurso de Lacan uma introdução*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

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

NEVES, A. C. N.; DICKENS, C.; XAVIER, M. *Comorbilidade entre hepatite c e depressão Aspectos Epidemiológicos e Etiopatogénicos*. Acta Méd Port, 19: 21-28, 2006.

OCARIZ, M. C. *O sintoma e a clínica psicanalítica o curável e o que não tem cura*. Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora da Pontifícia Católica de São Paulo, ao Departamento de Psicologia Clínica, 2002.

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

PASSOS, A. F. D. Doenças Emergentes e hepatite C. *Caderno de Saúde Pública*, Editorial. v. 15, n.2, p.226-227. Rio de Janeiro, 1999.

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

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

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

UNIFESP, DIPA - LIGA DE HEPATITES. Disponível em:  
<<http://www.unifesp.br/dmed/gastro/hepatite/>>. Acesso em 20 dez. de 2007.

VARALDO, C. *Impacto do tratamento da hepatite C no estado do fígado. O que pode acontecer aos infectados com hepatite C?* ONG - Grupo de Apoio ao Portador de Hepatite. Rio de Janeiro, 2007.

VEGH, I. *Os discursos e a cura*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE FEDERAL de SÃO PAULO – Centro de Moléstias Infecto-  
Contagiosas  
Supervisora e Orientadora Profa. Dra. Edna M. S. Peters Kahhale.  
CRP: 5372 – 6ª Região

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo deste estudo são atendê-lo e conhecê-lo para poder criar **intervenções psicológicas que respeitem as necessidades de cada um no controle do vírus do HIV e das Hepatites.**

Além de mim, este trabalho esta sendo realizado por um grupo de psicólogos e estagiários de Psicologia através de entrevistas individuais, aplicação e discussão de escala sobre Qualidade de Vida (a cada vez que você vem ao ambulatório), da aplicação de um jogo na sala de espera (com as pessoas que se encontram lá) e da consulta e discussão do seu prontuário médico. Ao participar deste estudo você não está sujeito a nenhum tipo de risco. Os encontros serão gravados e registrados pelos pesquisadores e guardados sob total sigilo, de modo a assegurar sua privacidade, quanto aos dados confidenciais envolvidos neste trabalho. O nome e quaisquer dados que possam identificá-lo(a) serão devidamente retirados do material que vier a se tornar público.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela assistência e pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora responsável é a Profª Drª Edna Maria Severino Peters Kahhale, que pode ser encontrado no endereço R. Monte Alegre, 968, sala T 52, Perdizes, Telefone(s): 3670 8320 ou 3670 8521. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

**Será garantido a você e a qualquer participante deste trabalho a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento neste Ambulatório.**

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se houver necessidade de atendimento psicológico, em função de sua participação neste estudo, será feito encaminhamento a uma Clínica Psicológica Escola próxima à sua moradia.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento antes, durante e após o atendimento.

---

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelos estagiários/pesquisadores, consinto em participar, na qualidade de sujeito, do estudo a ser desenvolvido referido neste termo, o qual inclui o registro dos encontros e a possível publicação dos resultados, garantindo-se o sigilo e o anonimato dos participantes.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **RELAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE: A TRANSVERSALIDADE COM A ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS e HEPATITES.**

Eu discuti com \_\_\_\_\_ 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 sigilo 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.

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade Completa: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

*(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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estagiário/pesquisador

## ROTEIRO DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA

<b>Dados sócio-demográficos</b>
<b>1) Nome:</b>
<b>2) Idade:</b>
<b>3) Você estudou?</b> Sim _____ Até que série completou? _____ Não _____
<b>4) Estado civil:</b> Solteiro _____ Casado _____ Desquitado _____ Divorciado _____ Viúvo _____ Orientação sexual _____
<b>5) Com quem você mora?</b> _____ Há quanto tempo? _____
<b>6) Tem filhos?</b> Sim _____ Quantos? _____ Idades: _____ Não _____
<b>7) Qual sua profissão?</b>
<b>8) Você trabalha?</b> Sim _____ Em quê? _____ Não _____ Como vive? _____
<b>9) Após ter contraído o vírus da Hepatite C, você mudou de trabalho?</b> Sim _____ Em que você trabalhava? _____ A saída está relacionada com o HCV? _____ Não _____
<b>10) Como você se sente trabalhando?</b>   
<b>Dados sobre sexualidade</b>
<b>11) Você tem um(a) companheiro (a) fixo(a)?</b> Sim _____ Há quanto tempo? _____ Não _____
<b>SE SIM (até a questão 18):</b>
<b>12) Como está a relação com seu (sua) companheiro(a)? (Investigar prazeres, temores, comunicação e conversas.)</b>   



<p><b>13) Ele(a) sabe que você é portador(a)?</b>          Sim ____ Por quê?</p> <hr/> <p>Não ____ Por quê?</p> <hr/>
<p><b>14) Seu companheiro(a) é portador(a) de HCV?</b>          Sim ____ Quanto tempo?</p> <hr/> <p>Não ____</p>
<p><b>15) Já teve ou gostaria de ter relacionamento sexual com alguém do mesmo sexo ou do sexo oposto? (Buscar situações de vulnerabilidade)</b></p>    
<p><b>16) Você usa camisinha nas relações sexuais?</b>          Sim ____ Por quê?</p> <hr/> <p>Qual a frequência?</p> <hr/> <p>Não ____ Por quê? _____</p>
<p><b>17) Como é para você o uso (ou não) da camisinha nas relações sexuais?</b></p>    
<p><b>18) Você tem outros relacionamentos afetivo-sexuais além do estável? (Investigar quantidade e frequência).</b>          Sim ____          Não ____</p>
<p><b>SE NÃO (até a questão 21):</b></p>
<p><b>19) Como é estar sozinho?</b></p>    
<p><b>20) Você usa camisinha nas relações sexuais?</b>          Sim ____ Por quê?</p> <hr/> <p>Qual a frequência?</p> <hr/> <p>Não ____          Por quê? _____</p>

21) Como é o uso (ou não) da camisinha nas relações sexuais?

22) O que significa para você o relacionamento sexual? (Importância para a pessoa)

23) Como você acha que a sociedade vê o sexo? Você concorda ou não com isso? Por quê?

**Diagnóstico**

24) Como você acha que contraiu o vírus?

25) Há quanto tempo você sabe que é portador(a) do vírus? -

\_\_\_\_\_

Como ficou sabendo?

26) Como reagiu quando soube do diagnóstico?

27) Como é viver com o vírus?

<p><b>28) Já teve algum adoecimento nesse período?</b>          Sim ____ Quais?          _____</p> <p>Sintomas?          _____</p> <p>Ficou internado?          _____</p> <p>Quantas vezes?          _____</p> <p>Não _____</p>
<p><b>29) Já fez alguma transfusão de sangue?</b>          Sim ____ Quando (data)?          _____</p> <p>Quantas vezes?          _____</p> <p>Em que situação?          _____</p> <p>Não _____</p>
<p><b>30) Já fez uso de drogas?</b>          Sim ____ Quando?          _____</p> <p>Qual a frequência?          _____</p> <p>Que tipo de droga?          _____</p> <p>Não _____</p>
<p><b>31) Quem sabe que você é portador de HCV?</b>          _____</p> <p>Por que você contou?          _____</p> <p>Você tem o costume de conversar com alguém sobre o HCV?          Sim ____ Com quem?          _____</p> <p>Por quê?          _____</p> <p>Não ____ Por quê?          _____</p>
<p><b>32) Como foi o processo de confirmação do diagnóstico? (Quais exames? Como se sente no processo?)</b>          _____          _____          _____</p>
<b>Medicamentos</b>
<p><b>33) Você está tomando medicamentos?</b>          Sim ____ Quais?          _____</p>

<p>Por quê?</p> <hr/>
<p>Não _____</p>
<p><b>SE SIM (até a questão 39):</b></p>
<p><b>34)</b> O que achou disso? (Investigar o que a pessoa acha de tomar remédios sem estar sentindo nada)</p>
<p><b>35)</b> Como o médico mandou você tomar?</p>
<p><b>36)</b> O que você tem sentido ao tomar cada um desses remédios? (Listar cada um e o que acha) (Buscar efeitos colaterais)</p>
<p><b>37)</b> Você sabia que isso poderia acontecer?</p> <p>Não _____</p> <p>Sim _____ Como ficou sabendo?</p> <hr/> <p>As explicações foram suficientes?</p> <hr/> <p>Como você lida com isso no dia-a-dia?</p> <hr/>
<p><b>38)</b> Você associa o que sente ao tomar as medicações com alguma comida específica?</p> <p>Sim _____ Qual?</p> <hr/> <p>Por quê?</p> <hr/> <p>Não _____</p>
<p><b>39)</b> Você teve orientações a respeito da alimentação? Quais orientações?</p>
<p><b>SE NÃO (até questão 41):</b></p>

<p><b>40) Já tomou?</b></p> <hr/> <p>Por que parou?</p> <hr/>
<b>Auto-cuidado</b>
<p><b>41) Você acha que a medicação afeta sua rotina de vida? De quem maneira?</b></p>
<p><b>42) Como você tem se organizado para tomar os remédios durante a semana e fins de semana?</b></p>
<p><b>43) Há alguém que o ajuda a lembrar-se de tomar a medicação?</b></p> <p>Não ____ Por quê? _____</p> <p>Sim ____ Quem? _____</p> <p>Por quê? _____</p>
<p><b>41) Você acha que esquecer de vez em quando de tomar a medicação afeta a sua saúde?</b></p> <p>Sim ____ Por quê? _____</p> <p>Não ____ Por quê? _____</p>
<p><b>42) O que mudou na sua vida depois do diagnóstico e tratamento? (Buscar modificações de hábitos sociais e alimentares)</b></p>
<b>Redes sociais</b>

**43)** Você gostaria que seus familiares e/ou pessoas queridas auxiliassem em seu tratamento?

Sim \_\_\_\_ De que forma?

---

Não \_\_\_\_ Por quê?

---

**44)** Você tem alguém a quem recorrer em momentos difíceis?

Não \_\_\_\_ Por quê?

---

Sim \_\_\_\_ Quem?

---

Como é?

---

**45)** Tem alguma informação ou comentário que você gostaria de fazer sobre os assuntos conversados, ou sobre algo que você acha relevante no momento?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)