Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Vinícius Faria Müller

O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV

Rio de Janeiro
2023

Vinícius Faria Müller

O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Renata Patrícia Forain de Valentim

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M958 Müller, Vinícius Faria
O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV / Vinícius Faria Müller. – 2023.
132 f.

Orientadora: Renata Patrícia Forain de Valentim.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Políticas Públicas – Teses. 3. HIV (Vírus) – Teses. I. Valentim, Renata Patrícia Forain de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Vinícius Faria Müller

O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 07 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Drª. Renata Patrícia Forain de Valentim (Orientadora)

Instituto de Psicologia - UERJ

_____

Prof.ª Drª. Lúcia Maria de Freitas Perez

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

_____

Prof.ª Drª. Luciana Ribeiro Marques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

_____

Prof.ª Drª. Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior

Universidade de Vassouras – FUSVE

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu companheiro Fernando Afonso, e aos meus amigos que me apoiaram e me incentivaram, até quando eu mesmo duvidava.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Prof.ª Drª Renata Patricia Forain de Valentim, por ter aceitado o meu convite, pela dedicação e paciência em me auxiliar nesse processo de produção da dissertação, um produto importante e desafiador tanto no sentido teórico-acadêmico quanto no sentido emocional.

À Prof.ª Draª Luciana Ribeiro Marques. Pessoa que admiro e que se faz presente no meu percurso de estudos acadêmico desde a minha graduação, com profissionalismo e afetuosidade. Sua presença possui forte influência na minha formação.

Agradeço também a Profª Drª Lúcia Maria de Freitas Perez que aceitou participar da banca de avaliação e prestou cuidadosas contribuições para a melhoria do trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior por gentilmente aceitar o meu convite para compor a banca de avaliação do presente trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia por seu compromisso com o Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, pois ele tem grande participação na sustentação dessa oportunidade para os desejosos pela psicanálise implicada nas políticas públicas. Agradecimento que estendo para todo o Instituto de Psicologia da UERJ, assim como para toda a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos seus colaboradores.

Não posso deixar de agradecer à Cleide Jane Figueiró de Araújo, fundadora e presidente da AMIRES – Associação Missão Resplandecer e amiga, que me recebeu e me aproximou desse tema que tanto me tocou.

“a questão decisiva para a espécie humana é saber se, e em que medida, a sua evolução cultural poderá controlar as perturbações trazidas à vida em comum pelas pulsões humanas de agressão e autodestruição.”

(Freud)

RESUMO

Müller, Vinícius Faria. **O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV**. 2023. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Resumo: As organizações da sociedade civil (OSC) são instituições privadas, sem fins lucrativos, que ofertam serviços de interesse público. As OSC de assistência a pessoas vivendo com HIV (PVHIV) tem como público alvo as pessoas que vivem e convivem com o vírus HIV, sem discriminação de gênero, raça/etnia ou religião e objetiva a prevenção da infecção por HIV, o combate dos preconceitos relacionados ao vírus e, principalmente, dar apoio as pessoas que já vivem com HIV, bem como aos grupos vulneráveis ou expostos aos seus riscos. O presente trabalho tem o objetivo de produzir reflexões sobre como pode a psicanálise ser aplicada nessas instituições sem perder a sua especificidade, afinal, a psicanálise é orientada por uma ética que lhe é própria, a ética do desejo, que visa aquilo que tem de mais singular nos sujeitos, bem como a desalienação ao desejo do Outro. Como sustentar a ética da psicanálise dentro de uma organização da sociedade civil com foco em assistência a pessoas vivendo com HIV e quais as contribuições da psicanálise para essa organização e para os seus usuários? Para respondermos a essa pergunta, pensaremos em um lugar possível para o psicanalista dentro da OSC de assistência às PVHIV, orientado pela política da psicanálise, que, grosso modo, é uma espécie de extensão da ética da clínica psicanalítica levada para a sociedade, para a cultura, ou seja, levando em consideração a falta estrutural inerente ao humano, ser de linguagem, ser fal(t)ante. Essa falta baliza o desejo e denuncia a impossibilidade de completude prometida nos veículos de comunicação, quer seja com um romantismo ideal, com os *gadgets* do capitalismo e os avanços da ciência. Serão comentadas as referências do saber psicanalítico que nortearam o trabalho do analista na OSC como o estranho, a angústia, o supereu e o inconsciente estruturado como uma linguagem, como afirmado por Lacan, com uma interlocução com conceitos da psicologia social, a saber, o estigma e o preconceito.

Palavras-chave: Psicanálise. Políticas públicas. HIV.

ABSTRACT

Müller, Vinícius Faria. **O lugar do psicanalista nas organizações da sociedade civil de assistência às pessoas vivendo com HIV**. 2023. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Resume: Civil society organizations are private, non-profit institutions that offers services of public interest. Civil society organizations focused on providing assistance to people living with HIV has as target audience people who lives and coexists with the HIV virus, without discrimination of gender, race/ethnicity or religion, and aim to prevent HIV infection, combat prejudice related to being infected by the virus and, mainly, to support people who are already living with HIV, as well as vulnerable groups or groups exposed to its risks. The present work has the objective of producing reflections on how psychoanalysis can be applied in these institutions without losing its specificity, after all, psychoanalysis is guided by its own ethics, the ethics of desire, which aims at what is most important to it, singularity in the subjects and their de-alienation to the Other's desire. How to sustain psychoanalysis ethics within an institution whose main objective is to be the representative of a group of people united by a common identification trait? If the psychoanalyst gets a place in this institution, what are the contributions of psychoanalysis to this organization and to its users? In order to answer this first question, we will consider where is a possible place for the psychoanalyst within the Civil society organization for assistance to people living with HIV, guided by the policy of psychoanalysis, which, roughly speaking, is a kind of extension of the ethics of the psychoanalytic clinic taken to society, to the culture, that is, taking into account the structural lack inherent in the human being, being of language, being a speaker. This lack marks desire and enjoyment, and denounces the impossibility of completeness promised in the communication vehicles, whether with an ideal romanticism, with the gadgets of capitalism and the advances of science. To answer the second question, we will think about HIV and its effects in the light of concepts from psychoanalysis such as the strange, the anguish and the unconscious structured as a language, as stated by Lacan, with an interlocution with concepts from social psychology, the namely, stigma and prejudice.

Keywords: Psychoanalysis. Civil society organization. HIV.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida (em inglês)
AMIRES	Associação Missão Resplandecer
Anti-HIV	Exame de sangue para detectar anticorpos de combate ao vírus HIV
ARV	Antirretrovirais (fármacos utilizados no tratamento contra HIV
AZT	Zidovudina (uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da Aids
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COVID-19	Coronavírus
CTA	Centro de testagem e Aconselhamento
DIAHV	Departamento de vigilância, prevenção e controle de IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DNA	Ácido desoxirribonucleico (ácido nucleico que apresenta todas as informações genéticas do indivíduo
DST	Doenças sexualmente transmissíveis (atualmente chamadas apenas como IST)
GNP+	Rede Global de Pessoa vivendo com HIV/Aids
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (em inglês)
HIV+	HIV positivo (resultado positivo ao teste de HIV)
ICW	Comunidade Internacional de Mulheres vivendo com HIV/Aids
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPA	International Psycho-Analytical Association (Associação Psicanalítica Internacional fundada por Freud)
IPPF	Federação Internacional de Planejamento Familiar
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis/transexuais, Queer/questionadores, intersexuais, assexuais/arromânticos/agêneros, pansexuais/poliamorosos, não-bináries e outros mais possíveis
MNCP	Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
ONG/Aids	Organizações Não Governamentais com atuação no campo do HIV/Aids
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PeP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (tratamento para evitar a infecção por HIV após contato sexual sem uso dos recursos de prevenção)
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (em inglês)
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (tratamento antecipado e contínuo para poder ter relação sexual sem uso de preservativo sem o risco de ser infectado por HIV
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/Aids
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
RNA	Ácido ribonucleico (o vírus HIV tem RNA como material genético)
RNAJVHA	Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV
RNTTHP	Rede Nacional de Travestis , Mulheres Transexuais e Homens Trans vivendo e convivendo com HIV/Aids
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde
T CD4	Linfócitos específicos para combate da maioria das infecções (principal alvo do HIV no processo de multiplicar-se e destruir o sistema imunológico)
TTP	Tratamento Para Todas as Pessoas (Tratamento medicamentoso para pessoas vivendo com HIV independente da sua carga viral para manter o paciente com a caga sempre em nível indetectável)
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	**HISTÓRIA DO HIV**	14
1.1	**O que é o HIV?**	14
1.2	**A epidemia e o combate ao vírus HIV e a participação das OSC**	16
1.3	**Formas de infecção e prevenção do HIV**	33
2	**POLÍTICAS PÚBLICAS E A POLÍTICA DA PSICANÁLISE**	37
2.1	**As reivindicações e as conquistas nas políticas públicas para as PVHIV**	39
2.2	**As políticas públicas de HIV/Aids atuais**	43
2.3	**O lugar ético-político do psicanalista**	49
2.4	**Condições prescindíveis**	56
2.5	**Conceitos imprescindíveis**	69
3	**AS QUESTÕES DO SUJEITO FRENTE AO HIV**	84
3.1	**HIV: significante ou signo?**	84
3.2	**HIV como fonte do sentimento infamiliar e da angústia**	92
3.3	**PVHIV: de um Outro ao outro**	94
3.4	**Necessidade de castigo e o HIV**	101
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	117

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu a partir da experiência como colaborador em uma organização da sociedade civil que trabalha com questões sociais relacionadas ao HIV (vírus da imunodeficiência humana). As organizações da sociedade civil (OSC) são pessoas jurídicas privadas, ou seja, não governamentais, que oferecem serviços de interesse público e sem fins lucrativos. Essas instituições são conhecidas popularmente como organizações não governamentais (ONG), e as organizações dessa natureza que trabalham a favor das pessoas vivendo com HIV costumavam ser referidas como ONG/Aids.

O lugar do psicanalista costumeiramente apresentado nas grandes mídias é restrito ao ambiente do consultório particular, com sua configuração tradicional denominada de *setting*, isto é, uma sala com divã, com sessões de aproximadamente cinquenta minutos de duração e com um alto custo de investimento financeiro. Uma das principais questões que move esse trabalho é: Pode a psicanálise ser aplicada em um contexto diferente sem perder a sua especificidade? Se sim, quais especificidades seriam as imprescindíveis à essa psicanálise?

É preciso nos debruçarmos sobre essas questões primeiro para, só depois, vermos se é cabível pensar um lugar para o psicanalista dentro de uma ONG/Aids, haja visto que a psicanálise tem sua práxis voltada para a escuta singular de cada sujeito, enquanto a ONG/Aids está presente no mundo para oferecer a sua assistência e o seu saber aos seus usuários, vistos, com alguma razão, como pessoas em estado de vulnerabilidade.

A possibilidade da entrada dos analistas nesses espaços e a contribuição da psicanálise é uma reflexão urgente em tempos onde, o até então presidente do país, Jair Bolsonaro (2018-2022), fez mudanças negativas na estrutura da área de combate do HIV/Aids no Ministério da Saúde, que tinha um departamento próprio e foi reduzido à uma pasta dentro de um departamento mais genérico, o Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, afastando a especificidade e o foco que era dado ao HIV/Aids. Em fala pública o mencionado ex-presidente chamou os cidadãos de direito que vivem com HIV de “despesas” (GLOBOPLAY, 05/02/2020) provocando o constrangimento e a revolta nessas pessoas e nos progressistas políticos. Essas ações contribuem para uma alienação segregacionista, que fazem manutenção do horror à diferença.

Pensar a ética e a política da psicanálise nas ONG/Aids irá também proporcionar o importante fomento ao debate acerca do vírus HIV que é tratado como um tema tabu na cultura, podendo servir como referência para outros analistas que possam estar inseridos em instituições semelhantes e que desejam seguir a orientação lacaniana de conhecer a "subjetividade de sua época" (LACAN, 1953a|1998, p.322), não para exercer dominação, mas para poder ouvir os sujeitos e dar tratamento aos seus mal-estares.

O presente trabalho concentra-se em uma organização da sociedade civil, a AMIRES, registrada como associação, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, composta por um grupo de pessoas com um interesse de trabalho em comum: o combate da epidemia do HIV/Aids e o enfrentamento dos preconceitos e estigmas relacionados a sorologia positiva ao HIV. A Associação Missão Resplandecer (AMIRES) é uma reunião de pessoas, um assembleísmo, onde conjuntamente são decididas ações de interesse geral ou do seu coletivo; uma fundação é um bem ou um patrimônio de valor econômico que será registrado como uma personalidade jurídica, ou seja, com capacidade de negociar, de contratar, de assumir obrigações, responsabilidades e seus direitos jurídicos, no caso, de direito privado sem fins lucrativos

Esta organização realiza atividades em prol dessas causas e demanda diretrizes e referenciais ético-legais a serem proporcionados pelo Estado para fazer frente aos problemas dessa epidemia e aos efeitos estigmatizantes sobre as PVHA, ou seja, realiza atividades de interesse público, sem visar lucro, e busca pelo apoio e por ações do Estado nas questões sociais nas quais se dedicam, podendo também buscar parceria em instituições privadas do segundo setor que se ocupam em atividades de responsabilidade social

No primeiro capítulo será abordada a história do HIV desde o primeiro caso em que a doença Aids foi reconhecida, a descoberta do vírus responsável pela doença e os processos na tentativa de compreender o funcionamento do vírus, suas formas de infecção, de prevenção e de combate, privilegiando seu percurso de desenvolvimento no Brasil, que teve ampla participação do Estado, das universidades e dos movimentos sociais, o que inclui as ONG/Aids. Trajeto importantíssimo, mas não sem grandes perdas e marcas significantes na cultura (BRASIL, CFP, 2020)

No segundo capítulo iremos transcorrer sobre as políticas públicas relacionadas ao HIV e sobre a política da psicanálise, para desfazer crenças reducionistas sobre a psicanálise e o seu método de aplicação que aparece no imaginário popular como inacessível ao grande público e restrito ao modelo tradicional da clínica particular,

destacando as possibilidades da psicanálise que ultrapassam as fronteiras dos consultórios e que incidem no campo público como uma política própria e cuja existência deve ser sustentada por seus representantes os psicanalistas, os psicanalisantes e as escolas de psicanálise.

Compreendido o HIV, suas políticas públicas no Brasil e a política própria a psicanálise, no terceiro capítulo, pensaremos as questões do sujeito frente ao HIV, a começar por buscar o entendimento do porque os sentidos dados ao HIV hoje em dia na clínica, pelos pacientes, e nas ONG/Aids, pelos usuários, são tão parecidos com os sentidos que o vírus recebia nas décadas de 80 e 90, passando pela angústia, o infamiliar e o supereu.

1 HISTÓRIA DO VÍRUS HIV

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis contém uma linha do tempo da história do HIV, e essa será a principal referência utilizada para acompanharmos a história desse vírus e os efeitos de sua infecção (BRASIL, 2022b).

Nesse capítulo será destacado o atual entendimento sobre o vírus HIV, como ele age no organismo, o seu processo de multiplicação e seus efeitos sobre o sistema imunológico. Serão listadas as suas principais fases e seus sintomas, que são diversos, progressivos, e que podem levar a óbito. Após as informações sobre o que é e como age, será destacado a história da epidemia de HIV, quando ela surgiu, as perdas produzidas e as lentas mas progressivas ações para se tentar combate-lo. Depois de conhecer o período em que o HIV agia quase que livremente, sem muitos recursos de enfrentamento, iremos nos aprofundar nos atuais recursos para prevenir a infecção por HIV e os meios de combater e estagnar o seu avanço. Nesse percurso será destacado como a participação popular foi importante para que o Brasil se tornasse referência mundial no combate ao HIV nos anos 90, concomitante à instituição do Serviço Único de Saúde, o SUS, órgão que alavancou o Brasil como referência mundial de combate ao HIV.

1.1 **O que é o HIV?**

HIV é uma sigla, em inglês, que se refere ao vírus da imunodeficiência humana, que é um tipo de retrovírus, um tipo de família viral que tem seu genoma constituído por fitas simples de RNA[1] em vez de fitas duplas de DNA[2], como é mais comum na maioria dos seres vivos. É um vírus parasita que se multiplica invadindo as células de defesa[3], num processo de transcrição reversa, no qual o vírus acaba por destruir a célula

[1] Assim como o DNA, o RNA (ácido ribonucleico) é um ácido nucleico.
[2] O DNA (Ácido Desoxirribonucleico) é uma molécula presente no núcleo das células da maioria dos seres vivos e que carrega toda a informação genética de um organismo. É formado por uma fita dupla em forma de espiral (dupla hélice), composta por nucleotídeos.
3 O alvo principal do HIV são os linfócitos T CD4, que fazem parte da imunidade, mas ele também invade células do intestino e do cérebro.

hospedeira, deixando o organismo debilitado e indefeso frente a outros vírus e infecções (FERREIRA, RIFFEL, SANT'ANA, 2010).

Sem o tratamento adequado, sobe o número de cópias do HIV no organismo, o que significa uma constante destruição das células de proteção na mesma proporção, e é com o avanço desse processo que se entende que o paciente tem a manifestação da doença propriamente dita, ou seja, a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), ponto no qual o paciente encontra-se enfraquecido fisicamente e muito vulnerável, inclusive à infecções e neoplasias que não acometem pessoas com a imunidade não comprometida. O corpo fica em constante estado de inflamação, o que deixa o enfermo predisposto a outras doenças não infecciosas (STRELOW, 2022).

As manifestações do vírus HIV são divididas em três diferentes fases, a aguda (0 a 4 semanas), a assintomática ou de latência clínica (após período agudo que pode durar anos) e a fase sintomática (a síndrome da imunodeficiência humana manifesta). A fase aguda da doença surge em torno de uma a três semanas após a infecção e costuma durar cerca de 14 dias, apresentando uma sintomatologia semelhante à gripes e demais infecções virais, como febre e aumento no volume dos gânglios linfáticos, esse último é uma reação comum quando existe qualquer inflamação pelo corpo. Podem haver dores nas articulações, manchas avermelhadas pela pele, pequenas lesões na região oral, no esôfago e na genitália. São comuns falta de apetite, dores de cabeça, sensibilidade à luz, aumento do fígado, tontura, vômito e até perda de peso. O surgimento de candidíase oral é forte indicativo de um sistema imunológico enfraquecido (BRASIL, 2017a).

Na fase aguda pode haver ainda a chamada neuropatia periférica, que são lesões dos nervos do sistema nervoso periférico, nervos importantíssimos para a transmissão de informações. Podem ocorrer inflamações na membrana que reveste o cérebro, a meningite, que podem causar diversos danos no paciente como: confusão mental, irritabilidade, letargia, aceleração respiratória e cardíaca e dores em diversões regiões da cabeça e do tronco do corpo. Durante essa manifestação primeira do HIV o sistema imunológico faz sua tentativa de combater o vírus, podendo ter um sucesso parcial, temporário, até com total remissão dos sintomas, o que leva a fase chamada de assintomática. Caso o sistema imunológico tenha reagido com força suficiente no início, o paciente pode até mesmo não apresentar a primeira fase da infecção, mas passará por todas as outras, iniciando pela assintomática, descrita abaixo (BRASIL, 2017a).

A fase assintomática é um estado clínico básico, com alterações mínimas ou até inexistentes, sendo mais rotineiro o pequeno e contínuo aumento dos gânglios linfáticos,

que são pequenos nódulos presentes especialmente nas áreas do pescoço, axilas e virilhas que tem por função filtrar substâncias nocivas que circulam pelo organismo (BRASIL, 2016). Depois desse período assintomático, os sintomas se apresentarão de forma intensa e célere, isso porque o sistema imunológico do organismo do indivíduo já terá sido debilitado pelo vírus e esses já estarão espalhados em grande número no corpo do enfermo, sem chance de recuperação se não houver intervenção médica oportuna.

Além de apresentar os sintomas citados da fase aguda, nessa fase sintomática da Aids propriamente dita, podem ocorrer suor noturno, cansaço físico, emagrecimento acelerado, queda de cabelo, diarreia, sinusites, lesões brancas na região oral, gengivite, aftas e herpes (BRASIL, 2017a). A partir do conhecimento das três fases da infecção por HIV, torna-se claro a importância de um tratamento oportuno, que deve ser iniciado o quanto antes e mantido continuamente, a fim de se evitar a progressão do vírus e de suas consequências perigosas, como a meningite, por exemplo. As pessoas quando não possuem o hábito de se prevenir e de se testar podem ficar com o vírus latente por volta de 10 anos (BRASIL, 2017d), pois a fase aguda pode não se manifestar no corpo de alguns sujeitos, ou manifestá-la de modo brando e trata-la de modo equivocado, como se fosse uma gripe ou outro tipo de infecção, o que levará a pessoa, em algum momento, a vivenciar a fase sintomática da doença da Aids, com graves riscos à saúde. Até que ela busque tratamento e receba o diagnóstico, ela pode estar transmitindo o vírus a cada novo contato desprotegido. Há ainda o risco de ter uma reinfecção por HIV. O que isso significa?

O HIV tem dois tipos principais de vírus (1 e 2) e vários subtipos, e a resposta aos antirretrovirais[4] podem variar segundo a particularidade de cada um deles. Estar infectado por mais de uma cepa viral do HIV pode levar ao fenômeno chamado de superinfecção por HIV, o que pode ter efeitos clínicos sérios como a aceleração na progressão da Aids, quando os vírus podem apresentar uma resistência superior aos esquemas de medicação antirretroviral (STRELOW, 2022; JUNIOR, 2008).

1.2 **A Epidemia e combate ao vírus HIV e a participação das OSC**

A AIDS teve seus primeiros casos em 1977 e 1978, no Haiti, EUA e África do Sul. No Brasil o primeiro caso é datado de 1980, embora só pudesse ser classificado

[4] Medicamento de combate ao avanço do vírus HIV, que é um tipo de vírus classificado como retrovírus.

retroativamente, a partir de 1982, quando começa a haver parâmetros para classificar o que acometia esses pacientes (BRASIL, 2022b).

No ano de 1980 o Brasil passava por reforma no sistema de saúde, e era também época do esgotamento do regime militar, e não à toa, desde o final da década dos anos 70, os municípios de pequeno e médio porte com governos contrários ao regime militar, já haviam iniciado movimentos de atenção primária, considerando a participação popular nas decisões a serem tomadas para os serviços de saúde (CORTES, 2002).

A luta do movimento sanitarista foi responsável pela criação de um novo sistema de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Constituição Federal de 1988 nos seus artigos 196 a 200, que visava à universalidade e igualdade de assistência, em plano federal. Seus princípios doutrinários são de universalidade, equidade e integralidade nos serviços e nas ações de saúde, em constante processo de aperfeiçoamento (BRASIL, 2009).

Esse período marcou a união de médicos sanitaristas e profissionais da saúde para a formulação das novas Políticas Públicas de Saúde, cujo objetivo era a extensão da cobertura de assistência à saúde, de forma transparente. Esse foi um dos grandes momentos da chamada redemocratização do país, conhecida como reforma sanitária (LOYOLA, 2007). Essa reforma ocorria no ápice das reivindicações por respostas ao avanço do HIV, e que, baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirmava que a saúde é direito de todos, sem discriminação de raça, credo, gênero ou orientação sexual e um dever do dever do Estado (BRASIL, 1988; 1990). Conteúdos importantes para uma época onde a homossexualidade era vista como um sinônimo de AIDS (BRASIL, 2013a) e o preconceito em relação a orientação sexual era ainda maior do que a que existe nos dias de hoje.

Eram anos em que os efeitos do HIV se faziam devastadores e não se havia produzido nenhum conhecimento científico sobre o esse tipo de adoecimento. Não havia conhecimento sobre a sua origem, a sua transmissibilidade e nem sobre as formas de prevenção e de combate, nada. Era tudo misterioso e assustador. A síndrome foi identificada e classificada melhor apenas no ano de 1983, ainda que permeada de equívocos, como a da corrente de pensamento prevalente até 1984, que firmava serem os usuários de drogas homossexuais os responsáveis por transmitir o vírus para os heterossexuais que também eram usuários de drogas (por compartilhamento de seringa). Levaria muito tempo até se estabelecer informações seguras sobre o vírus, sobre como se prevenir e como combatê-lo com eficácia (BRASIL, 2022b). No início da epidemia, estar

com HIV e ter a doença manifesta da Aids eram vistas como uma coisa só, uma coisa devastadora, que afligia, segundo o pensamento da época, exclusivamente pessoas desviantes, sobretudo os homossexuais, chegando a se construir a ideia de que a Aids tinha uma função de eliminação, de purificação do mundo contra aqueles de comportamento reprovável (GOODWIN, 1983).

Foi nesse cenário que grupos militantes pelos direitos dos gays se organizaram na cidade de São Paulo solicitando uma posição oficial do governo em relação à nova patologia que recebia tanta atenção da imprensa, mas sem ações efetivas de combate e que apenas anunciava números crescentes de homossexuais mortos por ela. Em sequência a Secretaria de Saúde de São Paulo criou um grupo de estudos com médicos do Hospital Emilio Ribas (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

Nesse mesmo período, no Instituto Pasteur, na França, os franceses Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi conseguiram isolar e caracterizar um retrovírus que foi confirmado posteriormente como o causador da Aids. No ano de 1984 registrou-se o primeiro caso de HIV em crianças e, no Brasil, houve o primeiro caso em uma mulher, iniciando, a partir disso, a se considerar a transmissão heterossexual do vírus (BRASIL, 2013a). Os casos continuavam a aumentar sem entendimento e planos de contenção eficiente, pois nesse ainda estava apenas começando o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, como ação do governo.

Por parte da sociedade civil, médicos, militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual e intelectuais criaram em 1985, também em São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina ligada à causa da AIDS (RAMOS, 2004). Em 1985, também foi introduzida a testagem laboratorial para diagnosticar a presença de anticorpos de HIV (VALLE, 2002). Nesse mesmo ano foi reconhecido o primeiro caso do que é chamado de transmissão vertical, ou seja, a transmissão da gestante para o bebê.

Ainda em 1985, com o fim do regime militar no Brasil, quando o governo estava sob comando do Presidente Jose Sarney, e o Ministério da Saúde com Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna, criou-se o Programa Federal de Controle da AIDS, através da Portaria n°236 de 2 de maio,e, no ano seguinte, o Programa Nacional de DST e AIDS, pelo ministro da Saúde Roberto Santos (BRASIL, 1999). Eram apresentadas na televisão as descobertas médicas sobre o HIV e suas formas de contagio que, apesar de usar uma linguagem simples, era repleto de moralismo.

O preservativo tornou-se um dos principais elementos adotados pelo Ministério da Saúde para o controle da doença (MORAIS; AMORIM, 2011) e, visando a detecção precoce e o aconselhamento, em 1988 foi iniciada a criação do COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), tendo como características a acessibilidade e gratuidade, buscando a prevenção do HIV através de aconselhamento individual e coletivo (CAPPI et al., 2001).

Hoje esse dispositivo é conhecido como CTA, Centro de Testagem e Aconselhamento. Uma importante reivindicação que ainda não foi atendida é a presença de um profissional de psicologia nesse setor de aconselhamento, que costuma ter nessa função um profissional de qualquer área da saúde, que muitas vezes valoriza mais os termos biológicos do vírus no organismo, do que a habilidade em compreender e lidar com uma subjetividade recém-atingida com o diagnóstico de HIV.

Nesses primeiros anos, receber o diagnóstico de HIV era uma sentença de morte, morte rápida, em meses, pois era o começo da investigação científica sobre essa infecção, sua causa e sobre como combatê-la. Período em que as produções científicas sobre o tema ainda eram muito incipientes e as mídias produziam uma avalanche de matérias sensacionalistas, com declarações estigmatizantes de autoridades médicas e políticas, especialmente daqueles ligados a grupos religiosos. O que levava ao aumento doscasos de violência contra a população LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, questionadores/ queer, intersexuais, assexuais/ arromânticas/ agênero, pansexuais/ poliamorosas, não-binárias e mais outros possíveis).

Em 1985 ainda se buscavam meios para confirmar a possibilidade de uma origem viral para a doença. Foi nessa época que se começou a compreender a Aids como a fase terminal da doença causada pelo retrovírus nomeado de HIV (BRASIL, 2022b), vírus da imunodeficiência humana, e a ciência médica conseguiu disponibilizar o primeiro teste anti-HIV, algo ainda insuficiente pois, quando se fazia a testagem, o paciente encontrava-se em estado agravado e não havia recursos para se fazer reduzir o número de cópias de HIV no organismo. O que havia era uma sentença de morte!

Com a disseminação e o adoecimento acelerados e uma resposta evasiva e lenta das autoridades políticas e de saúde, as universidades e os movimentos sociais de origem popular se organizaram, surgiram as primeiras ONG/Aids (organizações não governamentais antiaids), e se fez pressão por ações em prol desses cidadãos.

As ONG/Aids[5] ou, mais corretamente, as organizações da sociedade civil (OSC), pertencem ao Terceiro Setor empresarial, e atuam na assistência às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). São organizações privadas, porém sem fins lucrativos, diferentemente do segundo setor empresarial, o setor do Mercado, que existe para produzir lucro. Apesar de oferecerem serviços de interesse público, as OSC não são organizações de origem pública, típicas do Primeiro Setor, ou seja, do Governo, setor a quem cabe a responsabilidade de ofertar soluções para os problemas sociais. Essas organizações denunciam, fazem sobrevir, as faltas deixadas pelo primeiro setor do Governo e tentam formalizar acordos e compromissos em uma tentativa de apaziguar os mal-estares sociais que não vêm recebendo a devida atenção.

Em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, e em 1987 começou-se a utilizar o AZT (azidotimidina), medicamento para pacientes com câncer, no tratamento contra a Aids, primeira fonte de esperança no enfrentamento contra o avanço do vírus, porém, de efeito pouco substancial, pouco conhecido e, menos ainda, acessível (BRASIL, 2015).

A situação alarmante fez com que, em 1987, os ministérios da Saúde e do Trabalho incluíssem as DST/Aids na Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde e, ainda nesse ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) definisse o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, em uma tentativa de fazer um reforço para a solidariedade e a tolerância para com as PVHIV e fomentar o diálogo sobre o tema do HIV/Aids, em promoção e defesa dos direitos dessas pessoas. Em 1988 houve o registro do primeiro caso de Aids na população indígena do país e, nesse mesmo ano o Ministro da Saúde, Leonardo Santos Simão, assinou uma portaria fazendo também a adoção do dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta Contra a Aids (BRASIL, 2022b).

As organizações da sociedade civil tiveram um papel importantíssimo nos caminhos que levaram até a Constituição de 1988 e, sobretudo, na criação do Sistema Único de Saúde, que coloca a saúde como um direito, e que determina que o Estado deve garantir a prestação desse direito de forma gratuita e universal, indiscriminadamente (Lei 8.080/1990),conforme descrito no Art.196 da Constituição Federal: “a saúde é direito de

[5] ONG é a sigla para Organização não-governamental e ela era costumeiramente utilizada para se referir às instituições do Terceiro Setor empresarial, mas caiu em desuso pois as instituições do Segundo setor também são não governamentais. As instituições que trabalhavam com as questões relacionadas ao HIV adicionavam sua especificidade após a sigla, ONG/Aids

todos e dever do Estado" (Brasil, CF, 1988). Antes da criação do SUS, a assistência à saúde estava disponível para quem pudesse pagar pelos serviços e para aqueles que tinham o direito à assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou seja, os trabalhadores formais de "carteira assinada" e seus dependentes. Os que estavam fora dessas categorias não recebiam assistência à saúde.

Em 1989 os profissionais da saúde e a sociedade civil elaboraram, apoiados pelo Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, aprovada no Encontro Nacional das ONG/Aids, em Porto Alegre. O ativismo e o movimento social no mundo foram uma importante ferramenta para que o fabricante do AZT, Burroughs Wellcome, em 1989 reduzisse em 20% o custo do medicamento, o único medicamento que conseguia produzir algum atraso no avanço do HIV até então. (BRASIL, 2022b).

Pouco depois, em março de 1990 o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde e em setembro do mesmo ano foi promulgada a Lei 8.080 que instituiu o SUS, bem em meio da epidemia do HIV e da luta dos movimentos sociais que reivindicavam ações para a saúde dessa população.

A participação popular foi incluída porque ela já era prevista na Constituição como algo importante, seja de forma indireta ou direta, na gestão pública, como é típico de um Estado Democrático de Direito (Art.198, III e artigo 194, VII, Art.187, art.202,22, BRASIL, CF). As ações de políticas públicas são norteadas pela constituição e devem funcionar em prol da não discriminação, e em dar acesso à educação, à saúde, à cultura, à moradia, à liberdade, ao alimento e ao lazer para todos (Brasil, CF, 1988). Ainda que faltassem muitos avanços no que se refere aos ARV, o SUS desde muito cedo fez a distribuição de remédios contra as chamadas doenças oportunistas[6], já que, como já foi dito, sua consolidação se deu em meio aos movimentos sociais em prol da população vivendo com HIV (BRASIL, 1988; 1990), cuja base das exigências encontrava-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o que reforçava os princípios de equidade, inclusão, integralidade e combate aos preconceitos e discriminação (BRASIL, 2020), dando ao SUS a função de emprenhar-se na prevenção e no combate de todas as doenças no sentido amplo, biopsicossocial.

[6] Doenças decorrentes da debilitação imunológica do organismo por ação do HIV, principalmente a tuberculose e as Hepatites.

Outro marco do ano 1990 foi a morte do artista brasileiro Cazuza, aos 32 anos, devido às doenças relacionadas ao HIV, gerando visibilidade à causa, impulsionando ações de prevenção, sobretudo com a fundação da Sociedade Viva Cazuza pela mãe do artista, Lucinha Araújo (ARAÚJO, 2017). No entanto, ao mesmo tempo, a perda de Cazuza trouxe pânico às PVHIV (BRASIL, 2022b), afinal, se um artista de sucesso não conseguiu recursos para continuar vivendo, como seria possível aos demais terem esperanças de sobreviver? O recurso do AZT era pouco conhecido, de difícil acesso, e ainda não dava nenhuma garantia de sobrevida. Em 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que 10 milhões de pessoas estavam infectadas pelo mundo. No Brasil, 11.805 casos estavam notificados. 10 anos após seu surgimento, o HIV ainda era misterioso, letal, e circulavam a sua volta afirmações equivocadas, alimentadas pela desinformação, medo e preconceitos, associando e responsabilizando grupos específicos de pessoas pela doença. Desde muito cedo o HIV representa além da uma carga viral uma carga moral, ainda que o vírus matasse indiscriminadamente.

Ainda em 1991, iniciou-se o uso de um novo medicamento, o Videx (didanosina) e o SUS iniciou o processo de aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais[7] no Brasil (BRASIL, 2015), ainda que apenas para os casos mais urgentes. Inicialmente era comum o acompanhamento da carga viral, para, quando o número de cópias chegasse em um volume alto, se iniciar a terapia antirretroviral. Porém, em 1996 foi decretada a Lei nº 9.313, de 13 de novembro para garantia de acesso aos medicamentos para todas as PVHIV (BRASIL, 2022c), o que levou a implementação da distribuição dos ARV na rede pública de saúde em larga escala. Em meados dos anos 90, o Brasil já fabricava seu próprio AZT e estima-se que o país evitou cerca de 600.000 mortes por Aids, o que representava uma redução de cerca de 50% no número de mortes previsto pelos especialistas da época. A resposta do Brasil ao vírus HIV chamou a atenção, chegando a ser reconhecido nos anos 90 como tendo o melhor programa de combate ao HIV no mundo, levando o país a ser escolhido como a sede da campanha mundial.

O diálogo foi apontado como o melhor instrumento no combate à epidemia de HIV (BRASIL, 2020), tema importante, afinal, depois de 10 anos trabalhando para se conseguir começar a frear o avanço das infecções e mortes por HIV, o preconceito[8] e os

[7] Medicamentos que dificultam a multiplicação do vírus HIV e que pode reduzir sua numeração no organismo até que fique completamente indetectável.

[8] Discriminação, segundo a UNAIDS, refere-se ao tratamento desigual ou injusto (por ação ou omissão) contra determinada classe de pessoas, uma consequência do estigma (UNAIDS, 2023b).

estigmas[9] já estavam enraizados e permanecem hoje como grandes desafios relacionados ao HIV. O escritor brasileiro Beto Volpe demonstrou preocupação com as mudanças que o SUS e os programas de combate ao HIV/AIDS vêm passando recentemente e fez um apelo para que a população participe ativamente no campo público da saúde para se manter os direitos conquistados (VOLPE, 2016). Conhecer a estrutura do SUS nos permitirá seguir o conselho de Volpe.

Os gestores do SUS são representantes de cada esfera do governo. No âmbito municipal é o Secretário Municipal de Saúde, no estadual é o Secretário Estadual de Saúde e no nacional é o Ministério da Saúde, que trabalham nos sentidos técnico e político da saúde, ou seja, na formulação e no planejamento de políticas que concretizem a saúde como um direito do cidadão, com uma gestão de interesse público e não particularista ou privada, além da gestão dos financiamentos, da coordenação, da regulação, do controle e da avaliação dos sistemas e serviços de saúde tanto de ordem pública quanto das privadas, além de diretamente ofertar serviços públicos de saúde.

No que diz respeito à participação popular, essa se efetiva por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As conferências acontecem de quatro em quatro anos, em um processo que começa pelas conferências municipais, passa para as conferências estaduais e finaliza com uma Conferência Nacional de Saúde. Essas conferências ocorrem com representantes de diversos segmentos sociais, que devem avaliar a situação geral da saúde como: os recursos ofertados, a acessibilidade aos mesmos, as maiores incidências contra a saúde da população e demais dificuldades na área e, a partir disso, serão propostas as diretrizes para a elaboração de políticas públicas nos seus níveis correspondentes (BRASIL, 2003).

Quanto aos Conselhos de Saúde, são órgãos colegiados compostos 50% por representantes do governo e 50% pela sociedade civil. São órgãos de caráter permanente e deliberativo, que se reúnem para tratar das questões de saúde pública que percebem em sua comunidade, sugerindo estratégias e que acompanham a execução das políticas públicas já conquistadas. Os conselhos atuam em rede, também nos níveis municipal, estadual e nacional, estando dentro da estrutura institucional e decisória do SUS, que visa a redução das desigualdades em saúde que existe no país (BRASIL, 2002b).

[9] Estigma, segundo a UNAIDS, refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos contra determinada classe de pessoas, nesse caso, às PVHA e a população considerada de risco (UNAIDS, 2023b).

Esses conselhos são abertos a todos os cidadãos e é um espaço para se fazer escutar as vozes e as demandas da população, porém, percebe-se pouca participação dos moradores em geral, inclusive um massivo desconhecimento desses dispositivos tão importantes. Elia (2018), de modo semelhante a Volpe, nos lembra a importância de participar como Outro social[10] na regulação das políticas públicas, pois, do contrário, essa regulação pode ficar à mercê dos interesses do capitalismo, capitaneado pela indústria de armamento e dos psicofármacos. Sabemos que Lacan conceitua o Outro como o tesouro dos significantes, significantes esses que determinarão possibilidades e impossibilidades a todos os sujeitos (LACAN, 1953a|1998; 1966a|1998).

Participar como Outro social seria ocupar espaços de poder político e decisório (QUINET, 2021) e assim poder lançar contrapontos, inovações e questionamentos sobre o discurso preestabelecido e perpetuado pela classe dominante, abrindo possibilidade para novas existências, validadas pela palavra. As instituições, a mídia, os educadores e os líderes na política e nas religiões são os principais agentes para a manutenção ou para a alteração dos discursos vigentes, consequentemente, os principais responsáveis sobre o que irá impactar discursivamente sobre as subjetividades e sobre os processos sociais e/ou vice-versa (LIMA, 2012; ZAFIROPOULOS, 2018), como a estrutura topológica da banda de Möebius[11] (LACAN, 1962-63|2005), afinal, a psicologia das massas e a psicologia do eu é uma só coisa (FREUD, 1921|2011).

Elia (2018) exemplifica como o discurso vigente impacta as subjetividades com a crescente popularização da ciência biocomportamental. Atualmente, basta se afirmar como científico para um discurso ganhar força e a confiança da população que, a despeito de tanta facilidade de acesso à informação, não busca atestar a cientificidade dos conhecimentos produzidos, ignorância que se incentiva para se tirar proveito. Qual? A manutenção dos meios de satisfação daqueles no poder. Para isso, discursos de inclusão e não fundamentalistas são rechaçados, impedidos de penetrar o tecido social. Discursos que não ganham a força popular necessária para se impor nas políticas públicas de saúde.

O Serviço Único de Saúde (SUS) é um bom exemplo de como a resistência popular pode provocar mudanças em regimes que tendem a privilegiar uma minoria hegemônica, pois ele, o SUS, surgiu com a contribuição significativa das pressões sociais,

[10] É o discurso que ganha um "sentido conhecido ou convencionado e compartilhado por alguns" (ELIA, 2012).

[11] Objeto topológico capaz de representar o dentro e o fora como espaços não antagônicos, mas como uma única superfície sob efeito de uma torção.

com a ocupação dos espaços públicos e um se fazer ouvir dos cidadãos, que se reuniram em um momento de grande crise na saúde pública.

O SUS tornou-se um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e é o único a garantir assistência integral, e completamente gratuita, para a população geral, inclusive pacientes renais crônicos, pacientes com câncer e pacientes vivendo com HIV, sintomáticos ou não (BRASIL, 2002b), esses últimos, o principal público assistido pelas ONG/Aids.

Sobre o trabalho do SUS com as PVHIV, atualmente, os profissionais de saúde podem receber esses pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos consultórios de rua, nos Serviços de Assistência Especializada (SAE), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos hospitais, nas clínicas, nos serviços de saúde privados e até em organizações do terceiro setor empresarial. Por isso é importante que sempre haja profissionais com informações e competências para lidar com as questões relacionadas ao HIV, que entendam e saibam comunicar as formas de tratamento, de prevenção e transmissão do vírus, além de outros aspectos indiretamente relacionados como alimentação, atividade física, autoestima, relação com a família, amigos e parentes e demais relações sociais (BRASIL, 2003; 2017c).

É importante que o profissional tenha essas informações para poder desconstruir crenças estigmatizantes antigas e equivocadas, para ser capaz de apontar comportamentos de risco e ofertar novas construções simbólicas sobre o HIV. Espera-se que através desses recursos e da construção de vínculo com esses sujeitos, eles possam ser capazes de optar pela vida, com aderência ao tratamento e com o rompimento com repetições autodestrutivas.

O acolhimento das PVHIV nas instituições de saúde inclui um trato educado e gentil, com contato visual e chamando a pessoa por seu nome ou nome social[12], com uma postura que transmita segurança e tranquilidade, principalmente ao dar informações sobre alterações na saúde do paciente, garantindo que essas informações serão tratadas de forma ética e sigilosa. O profissional de saúde, para conseguir manter essa postura, precisa ver seus pacientes como sujeitos, o que significa, entre outras coisas, não ocupar o lugar de julgar o outro, seja por valores pessoais ou culturais.

[12] Portaria n°1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, em seu art. 4°, inciso I.

Um outro ponto é que a urgência com a qual normalmente esses pacientes precisam ser tratados exige também uma menor burocracia nos seus atendimentos, quando chegam nos hospitais em estado agravado, com a Aids já desenvolvida, ou seja, com a imunidade já colapsada e com uma doença oportunista atacando violentamente, sem tempo a perder para tentar reverter o quadro.

Hoje, quatro décadas depois da descoberta da doença, o índice elevado de ocorrência de infecções por HIV entre as populações mais vulneráveis e os mais jovens dificultam o estancamento completo da disseminação do vírus, fazendo com que nosso país não consiga acompanhar as metas de erradicação da doença estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) , apesar do destacado início de combate ao vírus. O alcance da meta é dificultado devido à falta de diagnósticos e a falta de aderência ao tratamento por parte significativa das pessoas que vivem com o vírus.

Especialistas afirmam que, atualmente, no Brasil, "a falta de ações nas escolas e o aumento do conservadorismo têm acentuado" a detecção tardia da infecção, assim como a dificuldade dos jovens em se preocupar em prevenir o HIV, ou ainda de saber lidar com o HIV quando o descobrem (O GLOBO DIGITAL, 16/06/2021). Se faz necessário ampliar o alcance de informações corretas sobre o vírus, seus efeitos, as formas de prevenção, de transmissão e de como combatê-lo, para que haja recursos simbólicos para lidar melhor com esse significante, que causa o inquietante sentimento infamiliar e interroga o sujeito de um lugar que produz pura angústia.

É preciso dar atenção aos impactos do estigma e dos preconceitos relacionados ao HIV, nascidos dos dizeres mortíferos do início dessa epidemia e que se mantém vivos devido ao silenciamento sobre o tema. A interpretação psicanalítica nos permite fazer inferências sobre como esses estigmas e preconceitos afetam o laço social desses sujeitos e pode viabilizar um o corte na identificação com os seus sintomas para o desejo a advir. A psicanálise vai combater o pior, as armadilhas do aprisionamento imaginário e do ideal, mesmo dentro das instituições, que tendem a incentivar a comportamentos ideais.

Como já foi dito, o caminho de destaque que o Brasil inicialmente teve no combate ao HIV não impediu um número elevado de perdas e de sofrimento. No documentário Cartas Para Além dos Muros (CANTO, 2019) é revelado que o número de casos de óbitos relacionados ao vírus HIV era tão alto que, em alguns hospitais, chegava a findar com as folhas dos blocos de obituários dos médicos. Isso não foi sem efeito, ainda mais somado às manchetes sensacionalistas sobre o tema na época. Essas perdas e esses discursos estigmatizantes participam de uma estruturação discursiva rígida sobre o HIV e sobre as

pessoas que vivem com o vírus. Prova disso é que mesmo mais de 40 anos depois da sua descoberta e os avanços na prevenção e combate ao HIV, essas ideias continuam na população geral, salvo quem se aprofunda sobre o tema por algum interesse particular ou experiencia pessoal. Esse é um dos principais motivos que sustenta a produção desse trabalho e que convoca a continuidade do trabalho das ONG/Aids, que se dedicam em garantir acesso aos serviços de saúde especializado e aos medicamentos anti-HIV, além da ênfase em defender sujeitos vivendo com HIV contra casos de violência contra os seus direitos e campanhas e ação de prevenção contra a infecção por HIV.

Seguindo na luta contra a Aids, no início dos anos 2000 o Brasil começou a produzir seus demais antirretrovirais (ARV) e dedicou-se em fazer campanhas de conscientização em 2006 protagonizadas pelas próprias PVHA. Em 2007, os interesses de mercado estavam dificultando a produção e a distribuição desses medicamentos, levando o presidente da época, Luiz Inácio Lula da Silva, a assinar a quebra compulsória do licenciamento das patentes sobre os ARV, algo que já vinha sendo ameaçado ser feito desde 2001 (G1, 04/05/2007; BRASIL, 2015).

Em 2008 o país já produzia seus próprios preservativos externos[13] batendo recorde de distribuição desse recurso preventivo. No mesmo ano, a Fiocruz começa a fabricar os testes rápidos e a incentivar a testagem como método de prevenção. Parceiros sorodiferentes[14] têm o tratamento antecipado e os ARV passam a ser fornecidos em qualquer fase da infecção, independente da taxa de CD4[15], reduzindo o número de vírus no corpo ao ponto de não haver risco de transmissão do vírus, permanecendo no tratamento de modo correto (BRASIL, 2017b). As ONG/Aids também continuavam a trabalhar. A partir de 2008, em uma iniciativa conjunta, a Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV (GNP+), a Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/Aids (ICW), a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), e o Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids (UNAIDS) iniciaram uma estratégia para detectar e medir a tendência e as mudanças em relação ao estigma e a discriminação relacionada ao HIV, da perspectiva das pessoas vivendo com HIV. O resultado foi um questionário com 80 perguntas para aferição do Índice de Estigma, como

[13] Antes chamada de camisinha masculina.
[14] Pessoas com relação afetiva e sexual duradoura onde um é negativo e o outro é positivo em relação ao HIV.
[15] Células de defesa do sistema imunológico chamadas de linfócitos e o principal alvo do vírus HIV.

ficou conhecido, e cuja tradução e adaptação do inglês para o português contou com a participação e a avaliação da população alvo, as PVHA (UNAIDS, 2023c).

É uma metodologia já utilizada em mais de 100 países, com participação de mais de cem mil pessoas em 10 anos de seu uso. Em 2019 essa ferramenta foi utilizada pela primeira vez no Brasil, graças à parceria entre as seguintes instituições e organizações: Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+), Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP), Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e AIDS (RNAJVHA), Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans vivendo e convivendo com HIV/AIDS (RNTTHP), ONG Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) (REDE GLOBAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV (GNP+), ET AL., 2019).

O Índice de Estigma realizado no Brasil em 2019, mais de 30 anos depois do início da epidemia do vírus no país, demonstrou que 8 em cada 10 pessoas vivendo com HIV/Aids acham muito difícil contar a outras pessoas sobre sua situação sorológica ou de saúde, ao mesmo tempo em que a maioria sente que deve, ou é incentivada, a fazê-lo no caso de seus cônjuges e parceiros (as) com quem têm contato sexual, principalmente se for frequente. Essa dificuldade de expressão é associada ao receio de sofrer estigma e preconceito[16] (UNAIDS, 2023c, 2023b), tendo até mesmo restrições para viagens (UNAIDS, 2019b).

Por afetarem as relações entre as pessoas de modo tão violento, o estigma e o preconceito relacionados ao HIV acabaram por gerar um tabu em torno do tema, e por isso são considerados os maiores inimigos da prevenção, da busca por informação e por tratamento. De modo frequente, dificultam a aderência aos serviços, produzindo um efeito cíclico, viciado, que contribui para sustentar a desinformação, a disseminação do vírus e é um facilitador para que o vírus tenha mais tempo e oportunismo de causar seus efeitos mais nocivos de estágios avançados, alimentando os estigmas e os preconceitos, reforçando o tabu e danificando os laços sociais desses sujeitos, que têm como primeira e maior defesa esconder seu estado sorológico e de saúde e evitar o tema para não ser à

[16] Estigma, segundo a UNAIDS, refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos contra determinada classe de pessoas, nesse caso, às PVHA e a população considerada de risco. Discriminação, segundo a UNAIDS, refere-se ao tratamento desigual ou injusto (por ação ou omissão) contra determinada classe de pessoas, uma consequência do estigma (UNAIDS, 2023b).

ele associado, a ponto de evitar o uso de sua medicação caso sinta que isso pode ser percebido e denunciar sua situação.

A pesquisa também demonstrou um alto índice de assédio verbal direto e casos de agressão física e perda de emprego devido ao estigma e ao preconceito relacionado ao HIV. Além de afetar a inserção dessas pessoas nos meios sociais, isso resvala também sobre como a pessoa sente-se sobre si mesma, sendo comuns os sentimentos de culpa e de vergonha, além das ideias autodepreciativas que corroem a autoestima de muitos (UNAIDS, 2023c).

É interessante perceber como ocorrem ao mesmo tempo o trabalho do SUS e das ONG/Aids, ainda que o primeiro se detenha nos processos científicos da conservação da vida, por tentar produzir tecnologia que impeça novas infecções e que combate o HIV nas pessoas que já vivem com a infecção, enquanto que as ONG/Aids, ao mesmo tempo que solicitam esses produtos, empenham-se em ações de prevenção e de combate aos estigmas e preconceitos. Isso porque as ONG/Aids escutam as queixas das pessoas que vivem com HIV para além da demanda biológica e de medicalização relacionadas ao HIV. As PVHIV levam para as ONG/Aids queixas de ordem psicológica, emocional e social, e essas instituições e seus líderes levam essas queixas em consideração, pois não tratam seus usuários orientados por julgamentos morais, como muitas vezes acontece nos órgãos de saúde.

É preciso combater o estigma e o preconceito relacionados ao HIV e produzir discursos que não anulem as diferenças e não autorizem a exclusão e o silenciar desses diferentes, pois seus efeitos são nocivos para o sujeito. O preconceito e o estigma relacionados ao HIV, por exemplo, produzem variados comportamentos de risco, seja por a pessoa vivendo com HIV achar que não tem mais nada a perder ou por acreditar ser indigna e, assim, merecedora de punição, dentre outras muitas construções imaginárias possíveis.

Como resultado dessa parceria profícua entre o Estado e as organizações da sociedade civil, foi lançada a Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013c), a fim de promover resoluções para a necessidade do estabelecimento de parâmetros nos Serviços de atenção às DST/HIV/AIDS e de diretrizes para a organização da estrutura e do funcionamento do Centro de Testagem e Aconselhamento, do Serviço de Atenção Especializada, do Centro Referência e Treinamento, da Assistência Domiciliar Terapêutica e da Unidade Dispensadora de Medicamentos, que estavam sendo implementadas em todo o território nacional (BRASIL, 2017c). Desde 2013, qualquer

adulto com teste positivo de HIV passa a ter acesso aos remédios antirretrovirais de combate ao vírus do HIV (BRASIL, 2022c), antes mesmo de apresentar comprometimento do sistema imunológico.

A partir do ano seguinte, 2014, começaram as campanhas de testagem via fluído oral e foram anunciados os comprimidos 3 em 1, facilitando a aderência ao tratamento. Nesse mesmo ano foi sancionada a Lei nº12.984, que estabelece como crime a discriminação contra as PVHIV, que poderá ser alvo de ação criminal (BRASIL, 2013a; 2015, UNAIDS, 2023a).

Foi a relação única que o governo brasileiro daquela época estabeleceu com a academia e com a sociedade civil, à guisa de combater a epidemia do HIV, que proporcionou essa na resposta ao HIV, tornando novamente, ainda que de forma breve, o Brasil e o seu Sistema Único de Saúde uma referência mundial no combate ao HIV, com o serviço de fornecimento dos remédios anti-HIV de forma gratuita e a prática de campanhas de informação e prevenção consideradas ousadas em comparação com outros países. Apesar disso, como apontado por Volpe (2016), são direitos adquiridos, mas não garantidos e é preciso manter forte a participação social e o diálogo sobre o HIV ativos, combatendo falas e ações de retrocesso.

Esse é um lembrete importante, a exemplo do que ocorreu em 2019, quando a diretora do Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), no cargo desde 2016, Adele Schwartz Benzaken, foi substituída. O fórum das ONG/AIDS de São Paulo enviou um ofício defendendo a manutenção da mesma no cargo, temendo retrocessos, já que bons avanços nas estratégias de combate do HIV/AIDS vinham acontecendo (O GLOBO, 11/01/2019), mas parece não ter surtido efeito. Após a saída de Adele realizou-se uma mudança no Ministério da Saúde que reduziu todo o órgão de combate ao HIV que existia, à uma coordenadoria dentro da pasta de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. Não somente isso, logo em seguida, encerrou-se as redes sociais específicas de informações sobre HIV/AIDS, alegando que as publicações sobre o tema irão integrar o perfil único do Ministério da Saúde, junto com todas as outras informações de saúde, não mais dando a ênfase que a epidemia recebia (G1, 22/05/2019; CARTA CAPITAL, 24/07/2019).

Todas essas mudanças ocorreram à revelia da sociedade civil (G1, 22/05/2019), e ocorreram emparelhadas ao discurso presidencial da época que reduzia os cidadãos de direito à despesas (GLOBOPLAY, 05/02/2020), sendo que, gastos do SUS com procedimentos relacionados com acidentes de transito representaram mais que o dobro

dos investimentos com o combate do HIV/AIDS de 2019, o que não fez o presidente em exercício Jair Bolsonaro pensar nos motoristas como despesas (O GLOBO, 30/06/2019).

Essas questões, acompanhadas do desmantelar das políticas públicas para HIV/Aids tornam urgente o diálogo e o debate sobre o HIV/Aids na grande esfera pública, afinal, o fluxo discursivo que se impõe nas "corredeiras culturais caem sobre questões políticas" e as "crenças compartilhadas são fantasias compartilhadas" (GAY, 1989), que se tornam assim, verdades determinantes para os sujeitos banhados nesse discurso e a participação dos psicanalistas na cultura podem fazer a diferença quanto às soluções que os falasseres, como Lacan chama todo ser-humano mergulhado na cultura, farão uso diante as injúrias impostas pelo mundo.

A despeito de todo esforço das ONG/Aids, o discurso estruturado sobre o HIV insiste, determinando imaginaria e simbolicamente a realidade (BARATA, 2006). São traços e marcas que foram incutidos nos sujeitos de forma indelével e que são, por esses mesmos sujeitos, passados adiante, de modo trans-geracional (ELIA, 2010; FREUD 1923|2011), tornando o HIV um significante[17] capaz de produzir um sentimento de estranheza, que por mais que se tente manter oculto, sempre torna a aparecer (FREUD, 1919b|2010), seja através do crescente número de novos diagnósticos que ainda acontecem, seja na necessidade de ingestão diária do medicamento para combater o vírus (BRASIL, 2022a). Não há negação (FREUD, 1925b|2011) que consiga operar sobre a sorologia positiva ao HIV sem levar o sujeito à morte. Há relatos de sujeitos que, vez por outra, abandonam o tratamento como se isso fosse fazê-los esquecer e, consequentemente, não mais sofrer os seus efeitos físicos, psíquicos e sociais. O HIV é um significante (LACAN, 1966a|1998) no qual orbitam as ideias de horror e de comportamento desviante que acabam por cristalizar esse significante. O trabalho analítico propõe devolver ao HIV a característica de deslizamento na cadeia de ideias, característica própria a todo significante.

Como percebemos, as OSC são organizações que se dedicam a solicitar avanços e impedir retrocessos nas conquistas já alcançadas, não apenas as ONG/Aids, mas qualquer ONG na sua respectiva área de atuação e ela ganha força a partir da participação popular. Para alcançar seus objetivos, as OSC, como pessoa jurídica do Terceiro Setor empresarial, são pessoas criadas pela lei, pessoas jurídicas e sem fins lucrativos. O objetivo dessas pessoas não é obter lucro com suas atividades – esse é o objetivo do

[17] Imagem acústica capaz de produzir marca na subjetividade dos sujeitos. Pode ser um som, uma palavra ou uma frase que determina sujeitos de forma inconsciente.

Segundo Setor, o setor de Mercado – e nem ter o ganho político – objetivo do primeiro setor, o Governo - mas questionar as políticas públicas para as necessidades da sociedade que acreditam estar em déficit. Assim, as OSC oferecem serviços públicos auxiliares e cobram a participação dos demais setores na questão que defendem, sejam sociais ou ambientais (RESENDE, 2021).

Segundo Resende (2021), o Terceiro Setor possui apenas dois tipos de pessoa jurídica possíveis: Associação ou Fundação (organizações religiosas e partidos políticos também são considerados do Terceiro Setor, porém ambos devem ser registrados também como associação ou fundação. Para o nascimento dessas organizações e o exercício de seus direitos, é necessário seu registro no cartório de registro civil de pessoas jurídicas com um estatuto feito, com a área de interesse bem definida, assim como toda a descrição de sua regulação de funcionamento e assinado por advogado registrado na Ordem Brasileira de Advogados (OAB), além da ata de reunião transcrita (RESENDE, 2021).

Pensando na área da saúde, as OSC desse segmento buscam se manter informadas e participativas no que se refere à gestão de saúde, dedicando-se a relembrar que os pacientes são também cidadãos de direitos e que suas necessidades precisam ser reconhecidas pelo poder público, que, como tal, precisa cumprir com seu papel de garantidor dos direitos descritos na Constituição. Uma forma de fazer isso é desburocratizando os processos de acesso e instituindo práticas fundadas no princípio de integralidade.

Desde o início da epidemia do HIV, os movimentos sociais organizados se preocupam não apenas com os efeitos físicos para com as PVHA, mas também se demonstraram preocupados com os efeitos psicológicos nessas pessoas e na população em geral, diante do medo que se instaurou com as notícias iniciais relacionadas a Aids, e pouca ou nenhuma atualização pública dessas informações, deixando o público geral desinformado e cheio de preconceitos alicerçados em noticiários arcaicos. Por isso, é comum a presença de profissionais que trabalhem com os aspectos subjetivos da infecção sexualmente transmissível, sendo usual a presença de psicólogos nessas OSC e de se encaminhar os usuários da instituição para esses profissionais. Exige-se que os profissionais nessas OSC estejam preparados para trabalhar com o que chamam de sua população chave: gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, usuários de álcool e outras drogas e pessoas trans.

Hoje a OSC AMIRES faz um trabalho preventivo que inclui o atendimento de pessoas em comportamentos de risco, como usuários de álcool e outras drogas, usuários

de aplicativos para encontros sexuais, e o atendimento de pessoas socialmente vulneráveis, ou seja, atingidas por falta de acesso à educação, à uma ocupação/trabalho, à informações e cuidados sobre a saúde. Mas e quanto a psicanálise, qual a sua contribuição para as OSC de combate ao HIV/Aids?

1.3 **Formas de infecção e de prevenção do HIV**

A infecção por HIV pode ocorrer por sexo oral, vaginal ou anal sem o uso de preservativos de barreira física ou dos comprimidos medicamentosos[18] (BRASIL, 2017a). A infecção por HIV não ocorre no sexo com preservativos, quando estes são utilizados de modo correto, nem através da masturbação a dois. O HIV não é transmissível por beijo no rosto ou na boca, por contato com suor ou lágrima, aperto de mão ou abraços, nem por compartilhar louças, roupas de cama, de mesa ou de banho. Também não há risco pelo uso de sabonetes, assentos, piscina ou banheiro. O HIV não pode ser transmitido por meio da picada de insetos e nem pelo ar. Além da relação sexual sem preservativos, somente o contato direto ou indireto com o sangue infectado, de modo a poder penetrar a circulação sanguínea do outro, que se considera o risco de infecção, por isso, deve-se evitar o compartilhamento de objetos perfurocortantes de uso pessoal como seringas e giletes (BRASIL, 2016, 2022a).

É fortemente recomendado que, em caso de ocorrência de situação de risco, utilize-se a estratégia da profilaxia de pós-exposição (PeP), comprimidos de antirretrovirais que, se utilizados em até 72 horas após a exposição de risco, podem impedir a infecção pelo vírus HIV, mesmo que tenha havido contato com ele, e que deverão ser ministrado por 28 dias, com chances de provocar reações adversas semelhantes aos que os pacientes vivendo com HIV podem sentir ao iniciar a terapia de antirretrovirais (remédio que combate a multiplicação do HIV já alojado no organismo) (BRASIL, 2017b).

Caso não tenha sido possível fazer o uso da PeP a tempo, deve-se realizar o teste anti-HIV. Os testes atuais podem ficar prontos em cerca de 30 minutos, e como o

[18] Os preservativos de barreira física estão sendo chamados de camisinha externa [antes chamada de masculina] ou camisinha interna [antes chamada de feminina], por consideração ao fenômeno da transexualidade e o movimento queer, onde masculino e feminino não definem a anatomia do órgão sexual. Os comprimidos de antirretrovirais podem ser utilizados como prevenção nos seguintes modos: profilaxia de pré-exposição [PrEP], profilaxia de pós-exposição [PEP], além do tratamento para todas as pessoas [TTP] que será descrito melhor abaixo.

resultado é baseado na presença de anticorpos, ele será mais fidedigno ao respeitar a janela imunológica, ou seja, o tempo que o organismo precisa para produzir essas proteínas de defesa, o que pode variar, assim sendo, estimula-se a fazer três testes, um em 30 dias, outro em 60 dias e mais um em 90 dias (BRASIL, 2017c).

Realizar testes com regularidade é uma forma de prevenção. Em caso de resultado positivo, o sujeito pode reconhecer a presença do vírus de modo precoce, antes de ele chegar na fase sintomática da doença e, com isso, já poderá tomar medidas para impedir a progressão do vírus no seu organismo e evitar também a transmissão do vírus para futuros parceiros(as), pois, aderindo ao tratamento de forma correta e contínua, é possível a manutenção do sistema imunológico do paciente, a completa remissão dos sintomas e uma redução significativa do número de cópias do vírus no corpo, tornando-o indetectável, o que faz com que os fluidos sexuais e o sangue dessa pessoa não representem mais perigo de transmissão do vírus. Esse é modelo de prevenção que participa do chamado Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), pois, o tratamento contínuo, mesmo após conseguir reduzir no nível de carga viral no paciente, o manterá classificado como indetectável, logo, ele permanecerá com um nível de carga intransmissível (BRASIL, 2013b).

De modo similar, gestantes com HIV que aderem ao tratamento têm 99% de chance de terem o filho sem o vírus, embora seja recomendada a não amamentação pela mãe vivendo com HIV, que deve fazer uso da fórmula infantil (alimento lácteo em pó específico) em substituição à amamentação. Essa fórmula para alimentação infantil encontra-se disponível no SUS (BRASIL, 2017a). Como o risco de transmissão ocorre durante a gestação, o parto e a amamentação, e não na fecundação, o espermatozoide não corre risco de carregar o vírus para o futuro feto, porém, é preciso usar técnicas apropriadas de prevenção na pessoa que será fecundada já que estará em relação sexual sem preservativo de barreira física. Se quem irá fecundar for HIV+, pode evitar a transmissão do HIV por estar em carga viral indetectável e a pessoa a ser fecundada, se for HIV-, pode fazer uso da profilaxia de pré-exposição (PreP) para não ser infectada (STRELOW, 2022), que é o uso de antirretrovirais antes de ter contato com o vírus, o que impede sua instalação no organismo.

Atualmente, o ministério da saúde vem fazendo um trabalho de divulgação de informações onde destaca as vantagens de utilizar mais de um método de prevenção combinados (BRASIL, 2017b). Em caso de inseminação artificial ou fertilização *in vitro*

é possível a lavagem do sêmen para a retirada dos vírus, o que não será necessário se o fornecedor do material estiver indetectável há mais de seis meses (STRELOW, 2022).

Uma testagem que dá resultado negativo, dá a oportunidade de o paciente ser informado de todas as formas possíveis de prevenção, que vai para além dos preservativos externos e internos (antes chamadas de camisinhas masculina e feminina respectivamente), que são os meios de prevenção mais conhecido popularmente, porém, muitas vezes rejeitado, seja como uma exigência de demonstração de confiança, seja por reduzi-los à função de contraceptivo, ou ainda, pelo imperativo do prazer pele-a-pele que costuma ser descrito como maior e mais intenso, muito mais por questões psíquicas do que físicas dado o atual avanço tecnológico que produz esses preservativos (BEZERRA, 2019).

Os testes podem ser feitos gratuitamente no Serviço Único de Saúde (SUS) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) das unidades da rede pública, inclusive de forma anônima. Além da coleta e da execução do teste, esses centros prestam aconselhamento para a correta interpretação do teste, passam esclarecimentos sobre o vírus, seus mitos e suas verdades (BRASIL, 2017c). Em casos de dúvidas, é possível também obter informações pelo Disque Saúde (136). Atualmente, as OSCs que trabalham com a temática do HIV e que participam do Programa Viva Melhor Sabendo, também ofertam o teste de HIV.

Essas são informações importantes e serviços que precisam ser conhecidos, afinal, estima-se que cerca de 100 mil pessoas vivam com o vírus sem ter ciência disso ainda, ou seja, que não tem hábito de fazer o teste anti-HIV. Há também a estimativa de que, das pessoas que já foram diagnosticadas, mais 100 mil não aderem ao tratamento (O GLOBO, 16/06/21) por motivos variados como a falta de acesso aos medicamentos, a presença de conflitos subjetivos por condenações sociais internalizadas sobre a sorologia positiva ao HIV, ou até mesmo para evitar experiências de discriminação.

Silva (2007), em sua pesquisa sobre o preconceito sexual internalizado por homossexuais, traz informações relevantes, como por exemplo, o comportamento sexual de risco poder estar relacionado a uma busca por autopunição inconsciente devido a uma culpa prévia que se relaciona com preconceitos internalizados, sobretudo quando o sujeito tem uma criação religiosa, podendo ser um mecanismo para castigar-se, ou ainda, para manifestar uma rebeldia radical contra os preceitos que o amarravam. A autora aponta o que considera os principais motivos para os homens gays se exporem a comportamento sexual de risco, a saber: o preconceito internalizado, a busca por autodestruição,

transtornos psíquicos, extrema pobreza, a ilusão de uma conexão especial com o parceiro, o acesso a prazeres proscritos, oposição aos discursos imperativos da saúde pública que tem quase que como única imposição “use camisinha!”, sendo que existem uma gama de formas de prevenção a se utilizar, oposição ao conservadorismo e a postura hipersexual imputada aos homens. Bezerra (2019) soma a esses fatores o fato de se produzir a sensação de pertencimento a um determinado grupo, além de ser uma forma de aplacar a angústia a cada relação sexual, já vivendo com HIV, não teme-se mais ser infectado por ele, como se fosse mais fácil administrar a infecção em si, do que lidar com a constante ameaça de infecção e ter a contínua preocupação em se prevenir a cada relação sexual.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A POLÍTICA DA PSICANÁLISE

Podemos entender políticas públicas como ações do governo a fim de solucionar ou minimizar problemas e mal-estares da população, atos a serem definidos, preferencialmente, com ampla participação social. Porém, Lacan nos lembra que, por mais que "as exigências sociais sejam condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições do mundo científico" (LACAN, 1966c|2001, p.3) o sujeito precisa lidar com tensões internas, angústias e irrupções que nem o próprio sujeito e nem o saber científico dominam. Sentimentos estranhos e inquietantes que têm a ver com a história pessoal de cada sujeito, embora inassimilável pela consciência (FREUD, 1919b|2010; QUINET, 2009), em outras palavras, mesmo tentando servir às condições do mundo científico, o homem é tomado por desejo e gozo e isso se reflete no mundo político. Desejo e gozo são campos de excelência da psicanálise, por isso esse estudo em psicanálise e políticas públicas. Para exemplificar isso, a despeito de todo saber científico sobre a sexualidade, os métodos de prevenção e de combate às infecções sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos para evitar a gravidez indesejada, ainda são encarados, em maior escala, sob a ótica excessivamente moralista das ideologias familiares conservadoras, que validam apenas um tipo de desejo, o heterossexual, e cujo gozo deve estar condicionado ao enlace matrimonial. Ainda são reproduzidos a submissão e a rivalidade dentro de um mesmo grupo, além da segregação mais radical do diferente, em vez de se valorizar a diversidade (LACAN, 1967|2003).

Estamos no século XXI, ano de 2023, e ainda existem campos de concentração em um mundo globalizado, projetos de cura gay em grandes metrópoles como no estado de São Paulo ou no Rio de Janeiro, e o tema do HIV permanece sendo um tabu.

Foi para compreender esses processos humanos que Freud formulou a teoria e a prática clínica da psicanálise. Se há Psicanálise no mundo, é preciso entender que deve haver uma política própria a ela, não uma política de governar, cujo discurso é o do mestre, mas um modo de se colocar no mundo que lhe seja próprio, que oriente os analistas que a praticam nos consultórios e que a representam no mundo, discernindo e não participando daquilo que lhe é avesso, o citado discurso do mestre que iremos nos aprofundar um pouco mais à frente. O discurso que o do analista deve ressoar precisa ser o mesmo, dentro e fora do consultório. Um discurso que não foraclui a falta e a diferença, mas que leva esses em consideração. O discurso do analista é o único discurso que se

dirige ao outro não como sendo um objeto, nem como sendo um senhor e nem como sendo um escravo, mas que se dirige ao outro como sujeito (LACAN, 1969-70|1992), entendido como sujeito do inconsciente, resultante de um laço discursivo que vai além do conteúdo do que é dito dentro de uma determinada época e de um determinado espaço geográfico. Considera-se a enunciação a contra mensagem subjacente ao conteúdo que está sendo dito ou enunciado, assim como a lógica, a estrutura discursiva dominante que "apalavrou" o ser falante (SOLER, 2020), que já foi o discurso do mestre clássico, o discurso universitário segundo Lacan nos seus seminários de 1969 a 1970 (1969-70|1992) ou, o mais comum atualmente, o discurso do Capitalista destacado também por Lacan em *"Televisão"* (LACAN, 1974|1993). É pela transferência que se apreende por qual laço discursivo o sujeito foi estruturado.

Sobre essas duas "diz-menções", duas dimensões do dizer, sendo a primeira a estrutura discursiva dominante como apresentado na teoria dos discursos (LACAN, (1969-70|1992) e a segunda sendo o que se enuncia, que é sempre acompanhado por uma enunciação velada, Soler elucida:

> [...] do que Lacan nomeia "o efeito de linguagem", que é primeiro em relação ao efeito de discurso. Há, pois, dois níveis. Lacan chama duas "diz-menções" da causa estrutural: um atinge o simples fato de linguagem e não é histórica; a outra atinge a ordem dos laços sociais e flutua na história. [...] tudo que é discursivo é histórico, e os discursos-laços sociais são diversos. [...] as subjetividades são, elas mesmas, modeladas pelos laços sociais nos quais elas aparecem. [...] Cada um nasceu em um lugar, em um certo tempo, recebeu as normas e os interditos, e o que consente ou o que empacou ficou marcado. Portanto, o sujeito, aquele que nós escutamos, não é individual, ele depende do que se passa no Outro, [...] que qualifica, demanda, deseja, comanda e que marca esse sujeito. [...] o Outro é mais amplamente o discurso social, além dos pais que o veiculam. Digamos, o discurso da época, o que regula os laços sociais, ou seja, o modo de fazer coabitar os corpos de uma cultura (Soler, 2020, p,24-27)

As subjetividades são apalavradas ao discurso nessas duas dimensões. O que a autora está chamando de apalavramento é uma adaptação, um abrigar-se sem nem se dar conta, a um determinado discurso. Para melhor compreensão desse apalavramento na dimensão da estrutura dominante do discurso ao qual o sujeito está inserido, Soler exemplifica:

> há em cada discurso um desejo específico. Exemplo: no discurso do mestre clássico, que se transmite pela educação, a gente se apalavra, por exemplo, a seu desejo de que todos marchem no mesmo passo; é um desejo de ordem permitindo a coabitação dos corpos. Sendo assim, o apalavrado nesse discurso é sempre, no fundo, um homem de ordem. [...] A respeito do meninote da família burguesa tradicional, que é estruturada pelo discurso do mestre com seu *pater* familiar, Lacan faz dizer a esse filhote: "pessoalmente (sic) eu tenho

> horror à anarquia". *Sic* é irônico, para não dizer que é engraçado, cômico. Isso o é, com efeito, porque ao dizer "pessoalmente", o pequenino em questão se lisonjeia, pois, em realidade, isso não tem nada de pessoal; é o discurso do mestre que tem horror à anarquia e que lhe sugeriu isso a ponto de ele não fazer mais que seguir (SOLER, 2020, p.29).

Os sujeitos podem aderir ao apalavramento ao qual foram submetidos com fervor, ou, ao contrário, pela recusa, por fazer uma oposição. Por isso iremos percorrer as reivindicações e as ações de políticas públicas relacionadas ao HIV e as PVHIV ao logo de sua história, para tentar compreender os efeitos do discurso-laço social sobre esses sujeitos. Nesse capítulo será também apresentado a política que é própria à psicanálise, por meio da qual os psicanalistas podem e devem orientar sua práxis dentro e fora dos consultórios particulares, o que inclui as ONG/Aids.

2.1 **As reivindicações e as conquistas nas políticas públicas para as PVHIV**

Como herdeiros desse lugar de Judas a ser malhado na cultura, junto com a loucura, não surpreende que os movimentos sociais e políticos a favor das PVHIV tenham começado com as mesmas reivindicações iniciais solicitadas para as políticas públicas de saúde mental, o que promoveu o giro do modelo clássico para o modelo de Atenção Psicossocial. Reivindicavam-se a importância de um bom acolhimento dessas pessoas, o estabelecimento de vínculo e confiança entre o médico e o paciente, sobressaindo essa relação e deixando a relação médico-doença em segundo lugar. Dito de outro modo, o que se almejava conquistar era uma prestação de serviço que valorizasse o sujeito e a sua história, assim como a promoção de ações preventivas pela saúde básica em vez de ficar focado apenas no serviço especializado de tratamento, que focava nas intervenções pós-crise no caso da saúde mental e nas intervenções pós-infecção no caso do HIV.

A presença das próprias PVHIV nos movimentos sociais relacionados às questões do HIV tiveram grande influência para a construção da ideia de que, não importa a doença envolvida, o paciente deve ser sempre tratado como sujeito e a doença colocada em parênteses, e que, os hospitais e seus representantes não podem tratar seus pacientes atravessados por seus julgamentos morais pessoais, mas antes, devem tratar todos os pacientes segundo os direitos humanos universais.

Como visto, a década de 1990 foi marcada por grandes avanços em relação aos direitos da pessoa vivendo com HIV, mas mesmo assim Sheila Cartopassi de Oliveira, uma menina de cinco anos, teve sua matrícula recusada em uma escola particular, o que

gerou grande indignação na sociedade.Após o ocorrido, a Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92, que proíbe discriminação de crianças portadoras de HIV/AIDS nas escolas, entrou em vigor (AIDS, 2006).

Um dos fatos mais importantes para as Políticas Públicas do HIV no Brasil é a lei 9313/96 que garante distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV e doentes de AIDS, o que assegura um tratamento igualitário a toda sociedade. Uma prova relevante é que, em cerca de três anos após essa lei, a mortalidade dos pacientes com AIDS caiu em 50%, além da melhora significativa na qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2013a).

Como já mencionado, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa por aperfeiçoamentos constantemente. No caso do tratamento da Aids, destaca-se sobretudo o avanço das tecnologias biomédicas, que culminaram no desenvolvimento das profilaxias de pré e pós exposição, a Pep e Prep, que, conforme detalhadas mais acima, podem impedir a infecção por HIV, mesmo em relações sexuais sem uso dos preservativos externo ou interno. Os avanços biomédicos também possibilitaram que a pessoa já vivendo com HIV, aderindo ao tratamento, mantenha-se com carga viral indetectável, o que significa não mais transmitir o HIV nas relações sexuais sem camisinha enquanto permanecer com esse índice, além de assim ter o seu próprio sistema imunológico preservado e funcionando.

Porém, apesar do amplo conhecimento da eficiência dos preservativos e deles serem distribuídos gratuitamente nos postos de saúde, pode ser verificado que muitos casos de transmissão vertical ocorriam no trabalho de parto e que a amamentação acrescentava um risco a mais ao recém-nascido, revelando a necessidade da implantação de um projeto a fim de prevenir esse tipo de ocorrência. Assim surgiu o Projeto Nascer Maternidades (BRASIL, 2002a), que tinha como objetivo testar as mulheres que ainda não possuíssem testagem para o HIV, fazendo com que realizassem esse teste no pré-parto imediato, para que em caso de resultado positivo, as puérperas e os recém-nascidos pudessem receber assistência especializada e impedir que transmissão do vírus para o filho (BRASIL, 2014). Esse é um exemplo de teste de HIV usado como recurso de prevenção e de políticas públicas que vão além da disponibilização de insumos de prevenção. Houve ainda no ano de 2014 uma atualização do protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes pelo Ministério da Saúde, onde uma das grandes mudanças foi o tratamento de recém-nascidos com o uso de Zidovudina (AZT) durante quatro semanas, de mães que fizeram o uso de antirretrovirais na gestação e realizaram o

pré-natal rigorosamente, sendo que o tratamento recomendado pelo consenso brasileiro até então, era de seis semanas (BRASIL, 2013d).

Seguindo essa mesma lógica de outras frentes de prevenção pensadas nas políticas públicas, o estado de São Paulo criou a Lei Estadual nº 11.199/02 de 12 de julho de 2002, que proíbe a discriminação às pessoas vivendo com HIV. São as autoridades dando atenção à qualidade de vida e ao tratamento humanizado para esse público (SÃO PAULO, 2002), queixa constante das PVHIV em vários contextos sociais, a ponto de muitas abandonarem o tratamento por sentirem-se constrangidas por tratos discriminatórios dentro dos próprios dispositivos de saúde.

O preconceito por parte da sociedade, inclusive de empregadores é evidente, o que levou o Ministério do Trabalho e Emprego a criação da Portaria Nº 1.246, de 28 de Maio de 2010, em que é proibido a testagem de HIV para admissão, demissão, mudança de cargo ou qualquer tipo de procedimento relacionado ao emprego, exceto em casos de campanhas de incentivo a prevenção da saúde e que não tenha ligação empregatícia, sendo que deve ser realizada de forma voluntaria e sigilosa (BRASIL, 2010).

Visando eliminar o preconceito em nível nacional, a Presidenta Dilma Rousseff sanciona a Lei Nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que constitui crime punível com reclusão de um a quatro anos, além de multa ao indivíduo que praticar condutas discriminatórias contra a pessoa que vive com HIV. Ora, essa ação denuncia o quão frequente e intenso já estavam os discursos de exclusão das pessoas vivendo com HIV, a ponto de se escrever uma lei contra esse tipo de discriminação, ato que somente ocorre em casos de perigosas e exaustivas recorrências, uma tentativa última de inibir que esse tipo de discurso vigore instituindo sansões mais severas, esforço máximo de propagar a inclusão e a igualdade dos PVHIV.

Questiona-se aqui o fato de as mídias, os programas sociais e as pesquisas científicas direcionarem a sua atenção aos indivíduos não reagentes ao HIV, numa lógica de ensinar esses a se protegerem do HIV, o que produz uma enunciação de afastamento das pessoas que vivem com o vírus, e se preconiza um estudo que leve em consideração as dificuldades que a pessoa reagente ao HIV tem para se reconstruir para essa nova vida e sobre os seus direitos reprodutivos, por exemplo (PAIVA, 2002). O HIV continua associado a práticas sexuais imorais e à crença de que o HIV provoca automaticamente o desamor e o abandono da família e dos amigos (MIQUELIM et al., 2004) e até o rompimento com o Divino. Um medo tão massivamente presente nos discursos que se tornou quase universal, que rompe com Eros, com os laços amorosos, e leva a repetições

nocivas como tentativa de defesa. Alguns mecanismos de defesas típicos serão listados mais à frente.

Em 2017, o Ministério da Saúde produziu três documentos que reforçavam o novo protocolo de prevenção em relação ao HIV: 1) Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde, que traz o detalhamento sobre a Prevenção Combinada e as estratégias de intervenções no âmbito do SUS, além de fornecer diretrizes, orientações e ferramentas para que gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS atuem localmente, planejando e gerindo as ações a partir das especificidades de seus territórios e demandas das populações locais; 2) 5 Passos para Prevenção Combinada na Atenção Básica, que detalha as possibilidades de intervenções no âmbito da Atenção Básica e que faz parte do material HIV/Aids na Atenção Básica: Material para profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2017, d); e as presentes 3) Diretrizes para organização e funcionamento do CTA no âmbito da Prevenção Combinada, voltadas aos(às) gestores(as) e aos(às) trabalhadores(as) de saúde(BRASIL 2017c).

Sobretudo o último documento listado valoriza, além das intervenções biomédicas, as intervenções comportamentais e estruturais. Por exemplo quando se fala das novas intervenções biomédicas para a Prevenção Combinada do HIV, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), é importante considerar uma abordagem que não enfoque apenas na medicalização, correndo o risco de deixar o corpo e o tema da sexualidade de lado, pois se o tema da sexualidade não está presente no cotidiano das pessoas, há um maior risco de que as intervenções passem por julgamentos morais e por juízos de valor, o que afeta diretamente a forma como cada pessoa lidará com a aderência ao tratamento e o sentimento de acolhimento. A estratégia de prevenção do HIV deve fazer um uso conjunto de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, levando em consideração a singularidade de cada caso, os atravessamentos subjetivos do próprio sujeito e as suas relações e os grupos sociais a que pertencem, para assim poder levar em consideração as necessidades e especificidades de cada caso individualmente, para disponibilizar informações assertivas e descobrir os melhores métodos para prevenir a infecção, a reinfecção ou a transmissão do vírus.

2.2 **As políticas públicas de HIV/Aids atuais**

Para facilitar a compreensão das estratégias das políticas públicas de combate à epidemia de HIV iremos apresentar detalhadamente as principais formas de intervenções contra o avanço do vírus, a começar pelas intervenções biomédicas. Esse tipo de intervenção é voltado para a redução do risco de exposição ou de transmissibilidade do vírus HIV, seja mediante o uso de antirretrovirais ou de outras tecnologias biomédicas, a saber: os preservativos internos e externos e o gel lubrificante; o tratamento para todas as pessoas (TTP); a profilaxia pós-exposição (PEP); a profilaxia pré-exposição (PrEP); a prevenção e o tratamento das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST); a imunização para a hepatite B e o HPV; e a prevenção da transmissão vertical.

As intervenções comportamentais visam fornecer informações para que as pessoas tenham condições de reconhecer os comportamentos que as colocam em risco de exposição ao HIV para que possam adotar novos comportamentos que reduzam esse risco. São campanhas que visam incentivar a mudanças de comportamento no âmbito individual e coletivo como por exemplo: incentivo a adesão do uso dos preservativos interno ou externo e ao uso do gel lubrificante; aconselhamento não apenas sobre o HIV mas também sobre as hepatites virais e demais IST sempre visando a redução e o gerenciamento de risco fortalecendo a autonomia do indivíduo); incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas de maneira que combine duas ou mais formas de prevenção; condutas que vinculem e retenham os pacientes aos serviços de saúde; aplicação de estratégias de redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; redução de Danos para as pessoas que usam silicone industrial e hormônios; comunicação e educação entre pares, entre pessoas vivendo com HIV e o fortalecimento das ações de base comunitária; campanhas em larga escala de prevenção não apenas para o HIV mas também as hepatites virais e demais IST.

As intervenções estruturais são o tipo de estratégia que mais interessarão ao nosso trabalho (BRASIL, 2017b), mesmo que possamos apontar, à frente, diferenças entre como as políticas públicas tentam mexer com essas estruturas e como psicanálise tenta penetrá-las, ambas entendem que há pronta uma estruturação relativa ao HIV formada ao longo dos anos. Afinal, como será detalhado no próximo capítulo: quando experiências são repetidas por muitos eus, em diferentes gerações, essas experiências acabam por extrapolar o âmbito privado daquele sujeito, a ponto de penetrar e se fixar no discurso do Outro, passando assim a estar incorporado na herança simbólica transmitida de modo

trans-geracional (histórico) (FREUD 1923|2011, ELIA, 2018). Os efeitos danosos dessa transmissão tornaram necessária a instauração de uma lei de reclusão contra atos de discriminação às PVHIV, como tentativa de enfraquecer essa estrutura, mas que ainda tem muito a ser desenvolvida.

Devido essa insistência discursiva nociva, também são pensadas intervenções chamadas de estruturais, ou seja, ações voltadas para o enfrentamento de fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou de grupos sociais específicos, que sofrem preconceito, estigma, discriminação, violência ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana previstos na Constituição de 1988. Estratégias que objetivam combater preconceitos e estigmas até mesmo em sentidos mais amplos como o racismo, o sexismo, o machismo, a homofobia, a transfobia, a lesbofobia e demais formas de exclusão. Para tentar enfraquecer essas estruturas segregacionistas costuma-se desenvolver ações para promover e defender os direitos humanos universais através de políticas afirmativas de garantias de direitos e a diminuição das desigualdades socioeconômicas em paralelo à campanhas educativas e de conscientização capazes de dar aos sujeitos conhecimento prático e recursos simbólicos para lidar com os ditos segregacionistas instaurados na cultura (BRASIL 2017c).

A segregação na cultura foi percebida e descrita desde Freud, que afirmou que ela tem raízes imaginárias e pulsionais (FREUD, 1921|2011), o que torna a psicanálise uma ferramenta útil para compreender e manejar esse fenômeno. Antes de nos aprofundarmos nas contribuições da psicanálise, vamos observar o que as políticas públicas de Estado contra o HIV têm de conhecimento produzido para as intervenções estruturais centrado no indivíduo e o centrado no coletivo (BRASIL, 2017b).

Como modelo de intervenção centrado no indivíduo, costumam ser elaboradas e divulgadas informações sobre saúde como um todo e sobretudo, sobre a saúde da pessoa vivendo com HIV. Baseia-se apreender e elucidar as crenças dos sujeitos sobre a sua condição de saúde, sua percepção seu diagnóstico e sobre sua situação de saúde vigente e previsões para o futuro de sua saúde. A apresentação dos benefícios dos recursos disponíveis, a relação do sujeito com esses recursos e a compreensão de possíveis barreiras de acesso aos serviços.

As principais recomendações para o desenvolvimento das ações preventivas preveem o uso da mídia, para a divulgação de informação correta e atualizada sobre o HIV, norteadas pelas situações de risco vivenciadas anteriormente. Infelizmente a mídia

popular não costuma fazer grandes divulgações sobre o HIV, comumente muito restrito ao incentivo de uso de preservativos externos nos períodos de festas carnavalescas, sendo as mídias alternativas as que mais tentam manter o debate sobre o HIV.

Essas ações de intervenção estrutural priorizam também o ensino de práticas sexuais seguras, sobretudo para os jovens, identificando se o sujeito reconhece os riscos que certas práticas representam e se ele evita ou deseja evitar tais práticas de risco, pois é a partir do reconhecimento do problema que se pode agir sobre o próprio comportamento, que para alguns poderá ser mais fácil e para outros mais difícil.

Esta teoria se fundamenta em ações de prevenção no conhecimento e no processo de aprendizagem sobre as situações de risco e na possibilidade de adoção de práticas sexuais seguras. Essa é uma forma de intervenção, ainda que presa na lógica do domínio racional do sujeito sobre as suas ações. No campo das políticas públicas, as intervenções estruturais são pensadas à guisa dos comportamentos humanos registrados coletivamente, orientadas por quatro tópicas: a ação, o objetivo, o contexto e o tempo. Esses quatro componentes estarão referidos àquilo que foi convencionado pelo grupo social ao qual o indivíduo pertence ou pelo conjunto da sociedade, ou seja, são intervenções orientadas por estruturas discursivas de dominação, seja como mestre dominando explicitamente, ordenando o que é o melhor, seja como saber científico burocratizado, que tem sempre um mestre velado, uma orientação política, de moral ou visão de mundo, por baixo, por aquele que produziu o saber dominante. Esse mestre, explícito ou velado, pensa as políticas públicas de modo escalonado, iniciando por apontar referências de outras pessoas que estão mudando para servir de exemplo, bem como formar rede de apoio com parcerias próximas com as pessoas que atuam como esses exemplos. Essa é uma tentativa de correlacionar a epidemiologia com a dimensão sociocultural do trabalho de prevenção no nível das teorias sociais, que não se confunde com a psicanálise implicada na cultura como veremos mais adiante.

As políticas de redução de danos[19] fazem parte das intervenções estruturais e elas adotam estratégias pragmáticas com ênfase na relação custo/benefício entre usuários de droga injetáveis diante da epidemia do HIV, não exigindo a abstinência como critério exclusivo de participação para essa população-alvo. Na verdade, disponibiliza insumos para o não-compartilhamento de seringas e para a prática sexual mais segura e prioriza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas em um nível terciário de atenção.

[19] "Conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso frequente de drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso" (GARCIA, 2020, p.6).

Existem também os modelos de intervenção centrados no coletivo, ou seja, pensado para a comunidade e no seu papel na vida dos sujeitos que nelas moram, visando e educação de líderes e a participação de reunião entre pares. Essa é uma ação inovadora, introduzir-se na comunidade utilizando-se de líderes locais e de pessoas já respeitadas para que eles façam a divulgação de informações, capacitando-os, e a divulgação das ações e dos serviços disponíveis para os demais moradores. Para isso, faz-se uma análise das relações sociais dentro da comunidade onde se pretende atuar e em seguida, elabora-se uma estratégia de mobilização social com os líderes comunitários e/ou religiosos da região.

Atualmente, um dos locais muito visado para ações de intervenção estrutural coletiva são as redes sociais. A teoria das redes sociais parte da premissa de que o comportamento de uma pessoa, um grupo, uma família ou uma comunidade ocorre a partir da junção das referências que as alcançam, estejam essas referências relacionadas às tarefas que desempenham, ao seu ambiente social imediato, que engloba sua família nuclear, assim como as normas sociais a que estão inseridos (FREUD, 1921|2011;1930|2011). A percepção quanto aos riscos do HIV e quanto ao uso desmedido de drogas está diretamente relacionada aos vínculos e à comunicação que se mantém conectada de modo continuado. Nessa abordagem, é primordial analisar a composição das redes sociais da comunidade, as atividades dessas redes frente à adesão de práticas seguras e os riscos mensuráveis em diversos segmentos.

Um desses segmentos de suma importância é o de poder e gênero A teoria de gênero forma parte das teorias estruturais que têm grande relevância na atualidade, sendo capaz de compreender um sistema complexo de relações pessoais e sociais de dominação e poder que perpassam as questões de sexo e gênero. Este modelo de intervenção se baseia no pressuposto de que as relações entre homens e mulheres codificam, delimitam e demarcam desigualdades de status, poder e de recursos materiais. Portanto, representam relações que determinam a situação e a posição em relação ao risco e à vulnerabilidade, sendo merecedora de muita atenção nas intervenções coletivas (SCOTT, 1989).

Uma outra teoria que embasa as intervenções do tipo estrutural e coletiva é a de empoderamento, que se refere a expressão da possibilidade de mudanças individuais e sociais. Essa teoria pressupõe que a mudança social se dá por meio de diálogos que aumentam a capacidade crítica de perceber e analisar a situação social, cultural, política e econômica nas qual os sujeitos estão submetidos e visa diminuir as forças opressivas desses mesmos sujeitos. O empoderamento é um processo segundo o qual pessoas mais

vulneráveis trabalham juntas para ampliar seu controle sobre os fatores que determinam sua saúde e suas vidas, podendo ser de ordem individual, organizacional ou comunitária (RIBEIRO & BERTH, 2019) Há ainda o que é chamado de modelo ecológico de intervenção estrutural, que compreende o comportamento humano como resultado de influências de vários níveis: intrapessoais, interpessoais, institucionais, fatores da comunidade e das políticas sociais. Portanto as estratégias de intervenção desse modelo abrem um leque de possibilidades, sempre tendo em vista a importância da inter-relação entre o indivíduo e seu meio ambiente (MAIA, 2011).

Justamente pensando em contribuir com o modelo de intervenção estrutural que podemos pensar a psicanálise nas políticas públicas para pessoas que vivem com HIV, a fim de minimizar os efeitos de isolamento e de segregação, difundindo informações atuais sobre o HIV para assim combater a reprodução desse velho discurso, para além do necessário trabalho de acolhimento das PVHIV, o de garantia ao acesso aos medicamentos e aos insumos de prevenção. Para poder dar a esse significante a possibilidade de novos contornos, novas cadeias associativas que se oponham às ideias ainda enraizadas de "doença dos 5H", "câncer gay", doença de um determinado "grupo de risco", causa de "pânico", "mortífera" entre outros dizeres que alienam o sujeito sobre o que é o HIV e viver com o vírus (BRASIL, 2020; O GLOBO, 21/06/1983; 31/05/1987).

Porém, há grande diferença entre o modo como as políticas públicas tentam intervir sobre as estruturas discursivas estabelecidas (BRASIL, 2017b) e o modo como a psicanálise intervém (LACAN, 1958|1998; 1972-72|2008; QUINET, 2021). As políticas públicas estão referidas aos discursos de dominação[20]. O discurso do analista é avesso aos discursos de dominação, é o de causa de desejo, é o que se dirige ao outro como sujeito, para que a partir de seus próprios significantes primordiais se chegue a sua verdade, para que assim o sujeito possa bancar as suas escolhas (LACAN, 1969-70|1992), inclusive, no que se refere ao HIV (BRASIL, 2017b).

Com promessa de cura e felicidade, alicerçados em ilusões falaciosas, a cultura exige mais do sujeito, e exigindo mais acaba por produzir indivíduos dados à rebelião, ao sofrimento e infelicidade neurótica. O moralismo elevado não traz nenhuma contribuição, apenas a satisfação narcísica de se sentir melhor que os outros. Por isso é importante a divulgação sobre as novas tecnologias de prevenção e não fazer julgamento de valor a quem opta pelos recursos medicamentos em vez de preservativo, castidade ou fidelidade

[20] Os discursos de dominação referem-se ao Discurso do Mestre e ao Discurso Universitário também presentes no Seminário 11 (LACAN, 1964|2008).

monogâmica, porque "quando uma tendência pulsional sucumbe ao recalque, seus elementos libidinais se transforam em sintomas, seus componentes agressivos, em sentimento de culpa" (FREUD, 1930|2011, p.86) com efeitos destrutivos que veremos mais à frente.

Os primeiros casos de Aids, antes da produção de qualquer conhecimento específico sobre sua origem ou causa, suas formas de infecção e suas formas de prevenção e de combate da doença, produziu no imaginário popular, com base nos seus inquietantes e angustiantes efeitos, um constructo, um *gólen*[21] (RIBEIRO, 1994), uma imagem que passa a ter vida por meio de uma palavra dada, que assombra a cultura e os sujeitos, por meio da transmissão significante inconsciente.

As OSC de combate ao HIV, se ocupam vigorosamente na estratégia de intervenção estrutural, sendo comum ações de informação para o público geral e a reunião entre pares para convívio, além de atividades com público misto, de pessoas com sorologia positiva e negativa ao HIV interagindo em atividades recreativas e informativas e podendo trocar experiências entre si de modo livre, sem identificações sobre qual é a sorologia de cada um, assim como sem restrições se alguém quiser falar sobre isso com o outro.

As entidades privadas, do segundo setor, e as entidades públicas, do primeiro setor, devido a um excesso de preocupação conservadora, evitam e temem a distribuição de informação e, tradicionalistas, recusam-se a adaptar-se aos novos tempos, sendo aceito maior distribuição de informação e de insumos de prevenção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) apenas em períodos muito bem-marcados, como o do carnaval. Fora dessa época, praticamente o tema do HIV se silencia e as OSC são as organizações que mantém a maior força nos debates e nas ações contra o vírus e contra os preconceitos.

Talvez essa seja uma das contribuições da Psicanálise, a recusa à negação (FREUD, 1925b|2011), porque o que é "esquecido é lembrado nos atos, e a anulação opõe-se ao que é dito alhures" (LACAN, 1953a|1998, p.263), silenciamento que contribuiu com o aumento de casos de infecções. Esse processo de difusão de informações é importante, para que os sujeitos tenham maior recurso para lidar com os fenômenos relacionados com o HIV. "Cabe à psicanálise incidir sobre aqueles fenômenos que "as teorias sociológicas tendem a deixar à sombra ou a ocultar deliberadamente"" (ROSA,

[21] Conferir trabalho apresentado por Maria Anita Carneiro Ribeiro na II Jornadas Clínicas – O Imaginário na Clínica das Neuroses, Niterói, maio de 1994.

DOMINGUES, 2010, p.187). Sobre isso que fica de fora de outras ciências e teorias como a sociologia e a medicina Lacan escreve: "A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer" (LACAN, 1966c|2001, p.11). Esse gozo excluído do saber científico burocratizado e que a psicanálise leva em conta é o que Freud chamava de pulsão de morte, conceito formalizado em seu texto com o elucidativo título *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1917b|2010). Sobre essa relação entre pulsão de morte e gozo Valas nos escreve:

> Quando Freud quer sublinhar o caráter excessivo de um prazer, em vez da palavra *Lust* (que se traduz como prazer, apetite, desejo), utiliza o termo *Genuss* (gozo), conotando-o, em certas cituações, com o horror ou o júbilo mórbido. Freud não conceituou o gozo, mas definiu o seu campo (que ele situa mais-além do princípio do prazer, na dor, fenômenos repetitivos que podem ser remetidos à pulsão de morte (VALAS, 2001, p.7).

Os psicanalistas, na clínica, nas instituições e na política não fazem como o eremita que, segundo Freud, "dá as costas a este mundo, nada quer saber dele. Mas é possível fazer mais, pode-se tentar refazê-lo, construir outro em seu lugar" (FREUD, 1930|2011, p.25) ainda que seja uma tentativa constante, que nunca se alcance plenamente, pois, o que é irrealizável muitas vezes é também irrenunciável (ROUANET, 2000).

2.3 **O lugar ético-político do psicanalista**

Ao longo desse subcapítulo será feita a diferenciação entre as condições da psicanálise desde Freud, como o uso do divã, o investimento monetário e o tempo das sessões de análise e aquilo que Freud deu o peso de chamar de regra. Com Lacan destacaremos conceitos fundamentais à psicanálise, conceitos imprescindíveis para que uma prática possa ser chamada de psicanálise, seja nos consultórios particulares, nos hospitais, nas clínicas-escola das universidades, nas ONG/Aids e nos demais espaços.

Lacan se empenhou em destacar o que é essencial para que uma práxis seja considerada psicanálise (LACAN, 1967), seja dentro ou fora dos consultórios, para assim evitar desvios onde quer que ela seja implicada. Como já afirmado, se há psicanálise no mundo, existe uma política própria a ela, pensada a partir desses conceitos fundamentais, por isso a preocupação com a questão do lugar do psicanalista e da contribuição da psicanálise no que se refere às OSC de combate ao HIV e de assistência às pessoas

vivendo com o vírus. Como atuar nesses espaços sem perder de vista os conceitos fundamentais enumerados por Lacan, a saber: o inconsciente, a pulsão, a repetição e a transferência?

Com base nesses quatro conceitos presentes na obra freudiana e chamados de fundamentais por Lacan, e com o auxílio de comentadores da obra psicanalítica como Antonio Quinet e Marco Antonio Coutinho Jorge, pensaremos a política da psicanálise (QUINET, 2021) e as contribuições da psicanálise para os dispositivos do terceiro setor, sobretudo os que trabalham com a população vivendo com HIV/Aids.

Freud pesquisou e trabalhou com a histeria por anos e, desde seus primeiros casos, relatados em publicações chamadas de pré-psicanalíticas, eram destacadas a divisão psíquica entre aquilo que chegava facilmente à consciência e aquilo que ficava guardado no psiquismo, em um lugar Outro, que não na consciência, escondido, inacessível. Essas representações expulsas da consciência relacionavam-se com conteúdo de natureza sexual e esse material ideativo inacessível era compreendido como a causa dos sintomas histéricos, não de modo aleatório, mas simbolicamente determinados (FREUD, 1893-95|2016). Alguns anos depois, Freud vai descrever melhor o impacto que a relação familiar causa nos sujeitos, através da elaboração teórica do Complexo de Édipo (FREUD, 1900|2019;1910|2013), onde um privilegiado elemento sexual traumático infantil torna-se o fundador desse lugar Outro na psique, o inconsciente, onde todo material ideativo censurado (FREUD, 1915b|2010) irá se organizar segundo as leis que lhe são próprias, que, com Lacan, descobrimos se tratar de leis da linguagem (LACAN, 1964|2008). Vejamos isso nas palavras de Freud:

> o recalque não é um mecanismo de defesa existente desde o início, que não pode surgir antes que se produza uma nítida separação entre atividade psíquica consciente e inconsciente, e que *a sua essência consiste apenas em rejeitar e manter algo afastado da consciência*. [...] anteriormente a esse estágio da organização psíquica, cabe a outras vicissitudes das pulsões, como a transformação no contrário e a reversão contra a própria pessoa, a tarefa da defesa frente às moções pulsionais. [...] Agora nos parece haver uma tão extensa correlação entre recalque e inconsciente [...] para supor um *recalque primordial*, uma primeira fase do recalque, que consiste no fato de ser negado, à representante psíquica da pulsão, o acesso ao consciente. Com isso se produz uma *fixação*; a partir daí a representante em questão persiste inalterável [...] o recalque não impede a representante da pulsão de prosseguir existindo no inconsciente, de continuar se organizando, formando derivados e estabelecendo conexões. [...] a representante da pulsão se desenvolve de modo mais desimpedido e mais substancial quando é subtraída à influencia do consciente mediante o recalque. Ela prolifera como que no escuro, e acha formas de manifestações extremas, que, ao serem traduzidas e exibidas para o neurótico, não só lhe parecem inevitavelmente estranhas, mas também assustam. (FREUD, 1915|2010, p.85-87).

Essa é uma construção teórica legítima, sintetizada na expressão lacaniana "*o inconsciente é estruturado como uma linguagem*" (LACAN, 1964|2008, p.27), afinal, existe a evocação intencional de memórias anteriores, e existem manifestações não intencionais de pensamentos e memórias. A ocorrência de sonhos, de atos falhos, de sintomas de conversão histérico e de fenômenos obsessivos, dão testemunho de processos psíquicos que não passam por uma elaboração consciente. A hipnose e os comandos pós-hipnóticos tornam irrefutável a suposição do inconsciente, ainda que só possamos saber de algo do inconsciente por meio de suas manifestações involuntárias e inferências que fazemos a partir dessas manifestações (FREUD, 1915a|2010;1915b|2010). Atentando-se a essas manifestações, Freud aprendeu que um representante ideativo pulsional que está recalcado, ao mesmo tempo que é vetado à consciência, continua a germinar livremente no inconsciente, sem censuras, e que ali não fica inerte. O conteúdo ideativo tenta emergir de modo incessante, mesmo que fazendo uso de deformações para enganar e ultrapassar a censura e assim conseguir um mínimo que seja de descarga, para assim obter alguma satisfação relacionada àquela pulsão que foi reprovada de uma satisfação explícita pela censura.

As formações de compromissos inconscientes, ou sintoma, são tentativas de solução para um determinado conflito psíquico que envolvem um prazer desejado por um lado, que é ao mesmo tempo proibido por outro lado, famoso *Spaltung* freudiano (divisão subjetiva (FREUD, 1940[1938]|2018). Essas formações de compromissos, esses acordos inconscientes, determinam o sujeito muito mais do que a consciência, tanto que a manifestação de sintomas e de outras formações do inconsciente, quando surgem, são vistas com muita estranheza pelo sujeito que as produz, assim como as interpretações analíticas decorrentes dessas manifestações, estranheza essa tributada ao poder de ocultamento do recalque (FREUD, 1915b|2010). A Psicanálise, na contramão do comportamento comum de não querer saber disso, se propõe a dar atenção e a interpretar esses fenômenos psíquicos, sobretudo os sonhos e os equívocos de linguagem e de memória, dando-lhes valor e aprendendo com eles (FREUD, 1915b|2010). A técnica psicanalítica da associação livre é a forma utilizada para tentar uma aproximação com esse material recalcado, seguindo o rastro de seus derivados, técnica chamada de regra de ouro da psicanálise.

Alguns aspectos da teoria de Freud, tratada com muita desconfiança no início de sua produção, têm sido corroborados pela neurociência, a ponto de cunharem o termo

neuropsicanálise (ARANTES-GONÇALVES, 2007), nova tentativa de 'cientificizar'[22] a psicanálise, e têm encontrado pontos de concordância com outras áreas do saber como a linguística e a sociologia (ZAFIROPOULOS, 2018), o que não a impede de sofrer grande rejeição nesse mundo onde o cientificismo e o organicismo estão em alta, cada vez mais sendo adotados como discursos unívocos da verdade.

É atribuído ao criador da Psicanálise ter, ele mesmo, chamado a sua teoria de "a peste", e ele escreveu o seguinte: "não me surpreenderia se a Psicanálise, ocupando-se de desvendar tais forças secretas, por isso mesmo se tornasse [estranha] para muitas pessoas" (FREUD, 1919b/|2010, p.363), por ela lidar com sentimentos desconfortáveis, como veremos no caso do infamiliar, mais abaixo, e com esses conteúdos recalcados já mencionados acima, após a *Spaltung* no psiquismo do sujeito.

O psicanalista Jacques Lacan, que é reconhecido como o psicanalista responsável pelo retorno ao sentido de Freud, ou seja, que retomou o inconsciente como o centro do teoria e da técnica psicanalítica, e não o eu como alguns psicanalistas pós-freudianos estavam fazendo, no seu texto *A Ciência e a Verdade*, descreve que o sujeito para a psicanálise é constituído por meio de uma estruturação que se forma a partir de um "estado de fenda", ou seja, de uma divisão subjetiva experimentada como uma divisão entre o saber e a verdade (LACAN, 1966b|1998b), um novo jeito de falar sobre a divisão subjetiva apontada por Freud desde os primeiros estudos sobre a histeria (1893-95|2019).

Em outro escrito lacaniano, *O Lugar da Psicanálise na Medicina* (LACAN, 1966c|2001), Lacan descreve a psicanálise como um tipo de conhecimento marginal, que fica em uma espécie de extraterritorialidade em comparação com outros saberes. A medicina, por exemplo, estaria inscrita no campo do saber, campo próprio da ciência, e a Psicanálise está inscrita no campo da verdade, não uma verdade qualquer, não uma verdade universal, mas a verdade à qual podemos nos aproximar apenas até um certo ponto limite, a verdade inconsciente do sujeito.

A Psicanálise é considerada extraterritorial pelos dois lados, pelo lado dos saberes que se posicionaram segundo a lógica da ciência experimental, que admitem a Psicanálise apenas como um tipo de ajuda externa e exótica, e de outro lado, tem esse lugar de extraterritorialidade admitido pelos próprios psicanalistas, por não se permitirem foracluir o sujeito do inconsciente (LACAN, 1966b|1998), já que isso seria o mesmo que abrir mão

[22] Termo utilizado para indicar a forma equivoca de pensar ciência, forma essa que valida um único modo de fazer científico, o experimental-baseado em evidências e que ignora tantos outros (MARIANO, 2018).

da ética e da política que orienta a Psicanálise. É dever do psicanalista fazer a Psicanálise existir no mundo, e ele faz isso por subverter as lógicas de dominação, que são as lógicas do Um, do Todo, do Universal, do Gozo do Um, do Poder e do instituído (QUINET, 2021). Subverter essas lógicas não significa ser apenas um crítico ou opositor, significa levar em consideração aquilo que está sendo desconsiderado nessas lógicas. A Psicanálise deve incluir o Outro, o Não-todo, o não universalizável, o Outro gozo, o Impossível e a diferença (QUINET, 2009). Por desvelar a incompletude sempre presente, a Psicanálise é percebida como estranha num mundo que tanto se esforça em esconder os furos com ilusões de completude nas mais variadas áreas da vida.

A psicanálise, orientada pela sua ética, não desconsidera o que ocorre na cultura, mas antes, valoriza a construção particular de cada sujeito. O psicanalista não pode se antecipar por uma generalização e correlacionar fenômenos com processos subjetivos *a priori*, como por exemplo, o fenômeno de ser uma pessoa com infecção por HIV. A cada sujeito deve ser primeiro ofertado a escuta, uma escuta diferenciada, não padronizada, evitando assim o lugar de especialista, de quem já sabe de antemão sobre o sujeito vivendo com HIV. Levar essa exortação em consideração permite evitar equívocos de interpretação por parte do psicanalista, evita antecipar conteúdo dos quais o paciente ainda não está preparado para lidar e evita ignorar outros conflitos que podem ser ainda mais urgentes para o sujeito. Outra contribuição própria à psicanálise é a consideração do gozo[23] do sujeito, tanto na sua interpretação quanto na direção de tratamento. Afinal, só a psicanálise investiga a combinação significante que é cifrada na forma de um sintoma e que pede para ser decifrado. Essa articulação significante é sempre particular, e é impossível de se generalizar, precisa ser escutado de cada sujeito do inconsciente um a um.

O sujeito do inconsciente é o sujeito de desejo, e para que algo disso possa emergir, o analista, na posição de agente do discurso, apresenta-se como objeto *a*, ou seja, como causa de desejo, posição avessa a lógica de dominação, e que trata o outro como sujeito. Essa formulação lacaniana, contida na teoria dos discursos, nos ajuda a compreender o lugar da Psicanálise nas instituições, fora dos consultórios particulares, assim como no mundo de forma geral. O psicanalista como agente desse discurso, seja no *setting* analítico, na OSC ou no mundo em geral, precisa ser um agente que presentifica, que aponta a falta (LACAN, 1969-70|1992).

[23] Forma particular e repetitiva de buscar satisfação inconsciente ainda que ao custo de sofrimento consciente.

Essa posição do psicanalista é reforçada por outros conceitos da teoria analítica. Podemos pensar no comportamento errático da pulsão, pressão constante originada de dentro do próprio sujeito cujo objetivo é alcançar uma satisfação, que é sempre parcial, por meio de um objeto qualquer. Conhecer o mecanismo das pulsões nos permite compreender o gozo do sujeito e nos autoriza a elevar o "Além do princípio do prazer" de Freud (1917b|2010) a uma dimensão ética e política. A partir do quadro das fórmulas quânticas da sexuação de Lacan (1972-73|2008) Quinet propõe duas políticas muito bem desenhadas, uma a partir do lado chamado Todo fálico, e outra a partir do lado chamado Não-Todo fálico (2021).

Para esclarecer, o lado do Todo Fálico é o lado da política do pai da horda primeva de Totem e Tabu formulado por Freud (FREUD, 1913b|2013). O discurso do Todo, é o discurso do Um, é a política da obediência cega e irreflexiva de Eichmann no Holocausto (ARENDT, 1999), a política dos corpos dóceis, do pelourinho, da chibata e da guilhotina dos séculos XVII e XVIII (FOUCAULT, 1975|2014), algo que não é nada novo, presente desde mitos antigos, como é o caso de Procusto (TALEB, 2022), homem que convidava viajantes a se hospedar em sua morada e alegava possuir uma cama perfeita, onde todos conseguiam se acomodar muito bem nela. Quando o visitante estava no leito, se parte de seu corpo excedesse os limites da cama, Procusto o golpeava decepando esse excesso. Caso ficasse menor que o leito, Procusto quebrava-lhe os ossos e esticava o corpo da vítima até que não sobrasse espaço na cama e nem ultrapassasse seus limites. Ou seja, é uma política que tenta regular, ordenar as coisas, porém, como explícito acima, que tente a tirania, ordenação por via da imposição, da violência, sem espaço para o diálogo para a inclusão da diferença.

A continuação do mito de Procusto é ainda mais revelador. Ao ser confrontado por Athena, deusa grega da justiça, Procusto se defende alegando estar fazendo um bem, livrando os homens de suas diferenças. Uma defesa hipócrita, pois, na verdade, Procusto possuía duas camas diferentes, uma propositalmente de proporções agigantadas e outra, com proporções maldosamente reduzidas, e, oferecia ao visitante o leito que fosse o mais diferente possível de suas medidas. Essa conclusão concorda com o postulado freudiano de que "o Estado [organizador da cultura] proíbe ao indivíduo a prática da injustiça, não porque deseje acabar com ela, mas sim monopolizá-la, como fez com o sal e o tabaco. O Estado beligerante se permite qualquer injustiça, qualquer violência" (FREUD, 1915e|2010, p.216).

O mito de Procusto não apenas revela a violência de encaixar o outro nas medidas que um terceiro acha justa, como desvela a hipocrisia desse discurso, que pode ser elucidado pelo ditado popular "dois pesos, duas medidas", onde o que se obriga ao outro respeitar, permito a mim e aos meus, mesmo que de modo velado, algum tão comumente perceptível em nossa cultura nos tempos atuais.

Isso significa que, o lado da Psicanálise é o lado do Não-Todo, que considera a falta e aponta para a não completude, que considera o diferente, o Outro. O agente do discurso do analista faz semblante de pequeno objeto *a*, ou seja, de causa de desejo como descrito por Lacan no seu seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-70|1992). Esse é o lado da Psicanálise, é assim que ela precisa ser presentificada nas OSC e no mundo. Essa é a sua política, a política da falta e da inclusão da diferença. É isso que sustenta um discurso como discurso analítico, em qualquer ambiente que seja, e não o conservadorismo de tradições como uma determinada mobília como o divã ou um custo elevado para as sessões, quando existem pessoas em sofrimento neurótico com baixo poder aquisitivo, ou o uso de um tempo de sessão ou de análise pré-determinado e aplicado de maneira universal. Freud fez clínicas públicas em sua época para que todos pudessem tratar de suas misérias neuróticas por exemplo (DANTO, 2019). O divã, o dinheiro e o tempo têm suas funções, mas não são funções elevadas ao status de fundamentais ou de regra.

Na proposição de 9 de outubro de 1967, Lacan nos ensinou que a Psicanálise tem um lugar para além dos consultórios particulares (LACAN 1967|2003). De qualquer modo, a psicanálise deve sempre estar norteada pelos pontos de desejo e falta, ambos representados pelo pequeno *a* lacaniano, a ética do desejo e a política da falta. O psicanalista é o agente da falta que promove a histerização do sujeito, valorizando o saber do sujeito como a verdade dele. A psicanálise não participa dos discursos de dominação, ela é "anticapitalista, antirreligiosa, antiterrorista, antixenofóbica e anticientificista", pois ela "denuncia a foraclusão da castração" que "nega a falta constitutiva da subjetividade". Não compactua com saberes que negam a verdade do sujeito. Não aceita e não compactua com a incitação ao ódio e à violência, mas compreende que "o estrangeiro habita o âmago de cada um" e o diferente "é parte de si" (QUINET, 2021, p.51).

Em 1991, Antonio Quinet, bem antes da pandemia do COVID-19 que veio interrogar aos analistas uma nova forma de praticar psicanálise que não nos moldes do *setting* tradicional, já havia se debruçado sobre as condições da análise listadas por Freud no texto "O início do tratamento" publicado parcialmente em janeiro de 1913 com o título

“Novas observações sobre a técnica da psicanálise: I. O início do Tratamento, que, em março do mesmo ano, teve sua segunda e última parte publicada com o título acrescido de “A questão das primeiras comunicações – A dinâmica da transferência” (1913a|2010). Textos importantes que receberam atenção para se pensar o tratamento analítico em um período que o isolamento social foi concebido como melhor ferramenta de prevenção para a saúde. Para que as análises em andamento não fossem interrompidas e para que houvesse como iniciar novas análises nesse período, muitos analistas tiveram que superar suas resistências em fazer uso dos recursos das tecnologias da informação e comunicação, ultrapassando certas tradições do *setting* analítico, como a presença física, o uso do divã e o pagamento em dinheiro no ato da sessão.

2.4 **As condições prescindíveis**

Nos textos acima citados Freud apresentou quatro condições para a análise, a saber: o tratamento de ensaio, o uso do divã, o tempo e o dinheiro. Quinet as comenta no contexto da psicanálise em intenção. E em contraponto a isso que Freud chamou de condições, destaca a única coisa que ele chamou de regra: a associação livre.

De início, consultamos um dicionário e o termo ‘condições’ é definido como 1.qualidades necessárias; qualificação e 2.conjunto de fatores atuantes; situação, circunstâncias (CONDIÇÕES, 2021). No mesmo dicionário a palavra ‘regra’ é definida como 1.aquilo que regula, dirige, rege; 2.norma, fórmula que indica o modo apropriado de falar, pensar, agir em determinados casos; 3.aquilo que foi determinado, ou se tem como obrigatório, pela força da lei, dos costumes e etc.; lei; princípio, norma (REGRA, 2021). A partir das definições dos verbetes, a diferença entre condições e regra já ficam bem demarcadas.

Condições, nessa compreensão, tem muito mais a ver com a definição descrita como “conjunto de fatores atuantes” e sim, as quatro condições observadas por Freud - o tratamento de ensaio, o divã, o tempo e o dinheiro - são fatores atuantes e, mais à frente, demonstraremos quais são seus fundamentos, porém, não há uma obrigatoriedade defendida, ou seja, caso algo dessas condições não possa aparecer, nem mesmo de forma adaptada, o mais importante é que a regra fundamental permaneça inalterada, como já citada, a associação livre por parte do analisante, regra que está do lado da ética do desejo, que respeita a singularidade e que inclui a diferença.

Além dessa regra e dessas condições existem outras recomendações que serão importantes e que não devem ser negligenciadas, como a atenção flutuante por parte do analista, também apontada por Freud, e, sobretudo, os conceitos da psicanálise elevados ao status de fundamentais por Lacan no "Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise", que são: inconsciente, repetição, transferência e pulsão (LACAN, 1964|2008). Esses últimos devem nortear a psicanálise tanto em intenção quanto em extensão para que algo possa ser considerado referido à psicanálise. E será a partir desses conceitos fundamentais, associados ao aforisma lacaniano "O inconsciente é a política" (LACAN, 1966-67d|Inédito, p.236), que no final do trabalho, junto com as contribuições de Quinet, no seu livro "A política do psicanalista: do divã para a polis" (2021), que iremos discorrer sobre a política da psicanálise, a qual deve estar presente em toda psicanálise em extensão, que deve ser a política do psicanalista, forma de estar no mundo segundo a sua práxis.

Sobre a primeira condição, somos lembrados por Quinet que, isso que chamamos de tratamento de ensaio ou entrevistas preliminares, não difere da análise propriamente dita, no sentido de que em ambos os casos, a regra que orienta como proceder com esses (pré-)analisantes é a da associação livre. Esse período do tratamento de ensaio não é bem definido e pode variar de (pré-)analisante para (pré-)analisante, e o que vai determinar o final do período de ensaio é a operacionalização das três funções do tratamento de ensaio, as funções sinto-mal, diagnóstica e transferencial (QUINET, 1991). Essas funções se realizam em um processo lógico e não cronológico, por isso não possuem uma ordem correta ou comum de acontecer, elas oscilam ou, ainda, são entrelaçadas uma à outra, podendo haver uma simultaneidade no tempo de suas operações (QUINET, 1991).

Então, quando o candidato à analisante chega ao analista, ele chega com uma demanda, uma queixa em estado bruto, que é normalmente a resposta do motivo desse sujeito estar buscando a análise. Transformar essa queixa-resposta em um enigma a ser decifrado, virar esse sintoma do avesso, torná-lo uma questão a ser investigada, também é a função chamada por Quinet de sinto-mal (QUINET, 1991).

O sintoma é uma demarcação de gozo, é um significado dado como resposta à questão do desejo do Outro, em termos lacanianos, e é necessário que se aponte os furos contidos nessa resposta, transformá-la em questão para devolvê-la ao estado de significante que desliza, tirá-lo do estado de significado cristalizado. Quinet diz:

> A demanda em análise não deve ser aceita em estado bruto, e sim questionada. [...] que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o

> sujeito, para que ele seja instigado a decifrá-lo. [...] o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber *a que esse sintoma está respondendo*, que *gozo* esse sintoma vem delimitar. [...] é preciso que esse sintoma, que é um significado para o sujeito, readquira sua dimensão significante, implicando o sujeito e o desejo (QUINET, 1991, p.16-17).

Esse sintoma é um sinal, um signo, algo que representa algo para alguém e, ao transformar essa queixa em um sintoma analítico esse signo pode começar a deslizar, por isso a estratégia apresentada para tratar o HIV fazendo-o vacilar como signo e devolvendo-lhe sua função de significante. Deve-se então lançar um enigma sobre o sintoma-resposta, para assim o paciente iniciar suas associações deslizando pela cadeia. Inicialmente o sujeito acreditará que é a pessoa do analista possui a derradeira resposta para o seu enigma e que ele poderá fornecer tal resposta. É a precipitação de um equívoco necessário ao analisante, de acreditar estar diante do sujeito suposto saber, pivô do enlace transferencial (QUINET, 1991). Como descrito por Freud, ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista é a primeira meta no início de uma análise (1913a|2010), o que é corroborado por Lacan quando diz que "No começo da psicanálise é a transferência" (1967|2003, p.252).

Com a função sintomal já comentada, iremos agora dar ênfase à função diagnóstica, para em seguida trabalharmos sobre a função da transferência, que foi brevemente apontada como a primeira meta nas análises.

O diagnóstico psicanalítico tem uma função totalmente diversa dos diagnósticos no campo da medicina, ele é uma referência quanto à lógica inconsciente do sujeito, cujo entendimento orienta o analista para a condução da análise. A principal diferença entre o sintoma analítico e os sintomas trabalhados pelos saberes médicos é que, o diagnóstico analítico deve ser buscado no campo do simbólico, onde o sujeito articula suas principais questões, sobre a morte e o sexo (QUINET, 1991), e não necessariamente nos fenômenos corporais ou comportamentais.

Esse diagnóstico é feito a partir do simbólico, ou seja, a partir do modo como esse sujeito que fala se defende da castração, como ele nega a castração do Outro. Através do recalque, operação que divide o sujeito, é promovida uma amnésia infantil por um lado, e por outro, a sua estrutura edipiana se manifesta através do seu sintoma. Esse é o modo de negação do sujeito neurótico.

No caso da estrutura perversa, sua defesa é chamada desmentido, isso porque em um primeiro momento esse sujeito admite a castração simbólica para, a seguir, recusá-la, desmenti-la. Assim como no neurótico, a escolha inconsciente de como negar a castração

do Outro traz uma consequência. No perverso, a consequência, o modo como esse desmentir retorna para ele, é através da formação de um fetiche, que possui uma determinação simbólica que pode ser apreendida através de sua linguagem e das coordenadas simbólicas na sua história. Essas coordenadas privilegiam um objeto pulsional usado para denunciar a divisão do Outro, destacando-se uma entre as quatro modalidades do objeto *a* descrito por Lacan no Seminário 10 (1962-63|2005): objeto oral, objeto anal, olhar ou voz, sendo esses dois últimos chamados de objeto real, fora da cadeia significante.

Nos casos de psicose, o que ocorre é uma recusa radical da castração do Outro, não deixando traço ou vestígio disso em lugar nenhum, não aparecem questões edípicas, não há espaço para dúvida. Mas isso não significa uma defesa sem consequências, do mesmo modo que o recalque e o desmentido possuem suas falhas, de modo similar, nessa tentativa de defesa há algo que retorna. Essa modalidade de defesa empreendida pelo inconsciente psicótico foi nomeada de foraclusão, uma adaptação do termo jurídico francês, *forclusion*, que se refere aos processos prescritos, que passaram do prazo, expiraram, aqueles processos nos quais já não se pode fazer e nem dizer nada, pois legalmente já não existem mais. Isso retorna para o psicótico, de uma forma geral, nos distúrbios de linguagem, onde qualquer coisa pode ser dita de qualquer maneira sem uma lei que ordene esses dizeres, onde aparece uma cacofonia que pode incluir vozes alucinadas, intuições delirantes, ecos de pensamentos que podem ser atribuídos a terceiros, ideias sólidas que não deslizam e nem fazem metáfora (QUINET, 1991).

Por isso a importância de um tratamento de ensaio, pois, em casos de psicose, a análise deverá ser conduzida de modo diferente, não referenciada pelos complexos edipianos e de castração, como são nas outras duas estruturas possíveis para os sujeitos. Esses casos de psicose serão conduzidos de modo semelhante a um serviço de secretariar como dito por Lacan (LACAN, 1955-56|1988).

Ultrapassando o plano das estruturas clínicas pode-se fazer diagnósticos entre os tipos clínicos, ainda que não sem hesitação, sem o qual a condução da análise ficará desgovernada. Esse plano mais específico poderá ser alcançado tendo a transferência como recurso, é possível interpretar a modalidade de gozo do sujeito e a sua modalidade de relação com o desejo Outro, que leva em consideração as demandas (QUINET, 1991).

Para o obsessivo, um dos tipos clínicos da neurose, o Outro goza, detém o gozo somente para si, o que impede o sujeito de acessar o seu próprio gozo, deixando seu desejo no âmbito do impossível, adiado, semelhante ao que acontecia com os filhos da horda do

pai primevo do mito freudiano de Totem e Tabu (FREUD, 1913b|2013). Tentando dominar o gozo do Outro, o obsessivo anula seu próprio desejo e tenta barrar esse gozo do Outro, preenchendo todas as lacunas com significantes, o que aparece como seu trabalho mental contínuo de pensar, duvidar, calcular, culpar... Sempre como escravo de um mestre, o qual aguarda o tempo oportuno para poder agir, tempo que nunca chega, afinal, como no mito citado por Freud, vivo o mestre impede o acesso ao gozo pessoalmente, morto, os próprios filhos erguem um totem que representa a personificação do tirano gozador, de forma muito mais potente, onipresente, e eles mesmos se recusam a gozar das mulheres do seu clã, as quais só o pai tinha acesso e que eles tanto desejavam (FREUD, 1913b|2013; QUINET, 1991).

Na histeria, segundo tipo clínico da neurose, o Outro é marcado pela falta, é o Outro do desejo, marcado pela impotência de acessar o gozo. Um Outro que a usa, e que por isso mesmo, está sempre em débito com ela. Isso aparece na clínica como uma constante reivindicação ao Outro. Diferente do obsessivo, ela não é escrava, ela é aquela que pega um mestre e o desmascara, fazendo greve e apontando as suas falhas, sobretudo, de satisfazê-la. Ela estimula o desejo e se furta, para sustentar a falta, e claro, sua insatisfação da qual tanto se queixa (QUINET, 1991).

Cada tipo clínico neurótico tem sua questão primordial. Para o obsessivo trata-se de uma questão sobre a existência: estou vivo ou morto? Para a histérica, sobre o sexo: sou homem ou sou mulher? Ou, O que é uma mulher? Entrando na conotação do gozo sexual, para a obsessão há um sentido de gozo a mais, e na histeria entra em jogo um gozo a menos. O primeiro, sentindo-se culpado por esse gozo a mais, fica às voltas tentando dar conta das demandas que o Outro lhe faz, o segundo, sentindo-se vítima dessa gozo a mais que o Outro extraiu dela e que ela ficou sem ou com menos, abre uma série de exigências de reparação, demandando sem nunca ser satisfeita.

Na perversão não há diferentes tipos clínicos, e os tipos clínicos da psicose não serão tratados nesse trabalho.

Voltemos nossa atenção agora para a função transferencial. A transferência não é motivada ou condicionada pelo analista, ao contrário, ela é uma função do analisante, que irá direcionar um significante seu a um significante qualquer que venha a representar o analista, ou seja, o analisante vai pegar um significante qualquer do analista, seu nome próprio ou qualquer outro traço, e irá produzir uma articulação significante, o que corresponde ao estabelecimento da transferência e da escolha do analisante por aquele

analista. Caberá ao analista saber fazer uso dessa ferramenta que é fabricada pelo analisante.

Essa articulação faz com que o analisante coloque o analista na posição de sujeito suposto saber, a quem o analisante irá direcionar suas demandas, suas questões, de quem ele acredita poder tirar respostas. Ao contrário disso, a posição do analista é de ignorância douta, de não saber, de não ofertar respostas e muito menos de compreender o paciente, ele retorna as questões e oferece a escuta. Porém, inicialmente, o analista não recusa esse lugar equivocado dado pelo analisante, mas está ciente de que não deverá responder dali, que em vez de dar respostas, irá apontar para as falhas que existem nas respostas que o sujeito criou para a questão sobre o desejo do Outro. O analista irá ratificar a castração e não recusá-la, ratificar a impossibilidade de dizer tudo sobre algo, a inexistência de uma resposta plena. Essa direção de tratamento visa o enfraquecimento e a queda do Outro, que leva, consequentemente, à queda do analista, que está remetido a esse Outro pela relação transferencial.

Sobre a questão do tempo das sessões de análise, também a compreendemos como um fator atuante, e não uma regra. Com as contribuições de Lacan, compreendemos que não se trata de definir um acordo contratual com um tempo pré-definido ao qual deverá ser respeitado e repetido em toda sessão. Quinet nos adverte de que, propor esse tipo de acordo ao analisante seria o mesmo que propor uma concretização do Outro nesse acordo, quando o objetivo do analista é justamente enfraquecer esse Outro. O contrato analítico de ser orientado por uma ética regida pelo desejo do analista.

Segundo Lacan, o tempo em psicanálise deve respeitar a estrutura do campo freudiano, levando em conta seus conceitos fundamentais: o inconsciente, a repetição, a pulsão e a transferência, (LACAN, 1964|2008), ou seja, levando em conta a estrutura de linguagem do sujeito, suas determinações significantes, assim como aquilo que da linguagem escapa, o real, o objeto *a*. Lacan acrescenta na Proposição de 9 de outubro de 1967, que cada sessão de análise contém em si mesma um correlato de final de análise, uma suspensão, um corte, um furo, que deve ir no sentido da desidentificação desse sujeito com os seus significantes mestres, e que isso não é determinado pelo tempo de controle neurótico, mas pela lógica do inconsciente e a ética da psicanálise. Usando do sofisma dos três prisioneiros, Lacan demonstra há um perigo de se adiar o ato (LACAN, 1967|2003; QUINET 1991).

Compreende-se que haja uma temporalidade durante a sessão de análise, o tempo definitivamente se faz presente, mas não é o relógio que regula o tempo de fala do

analisante e nem o de escuta do analista, mas sim a temporalidade do inconsciente, ou seja, a partir da emersão de um material inconsciente em meio ao discurso euóico, esse é o tempo da análise (QUINET, 1991), como um peixe que salta sobre a superfície do mar e é fisgado naquele momento ou então ele será perdido. Essa é razão de Lacan ter varrido o tempo cronológico tanto das entrevistas preliminares, do tempo de cada sessão e também do tempo de duração da análise para o final da análise, fosse ela didática (para formar novos analista), ou não, já que para Lacan, toda análise é sempre didática, ou seja, ao final, esse analisante, a partir de sua experiência, está passível de se tornar analista (LACAN, 1967|2003).

A lógica de não se usar o tempo cronológico na sessão de análise não é regida pelo pensamento popular e capitalista do *time is money*, o que também não significa que não haja um custo em jogo, tanto para o analisante quanto para o analista que precisam ser considerados. Sobre a referência ao dinheiro como uma das condições da análise, vejamos o que Freud diz.

Em primeira instância, Freud aponta para a questão da necessidade do analista de cobrar por seus atendimentos por uma questão de sobrevivência, uma necessidade para sua autopreservação (1913a|2010). Quando estudamos as pulsões, porém, aprendemos que qualquer coisa que se considere uma necessidade para os humanos, seja ela biológica ou não, torna-se outra coisa a partir do atravessamento pela palavra, se tornando algo da ordem da demanda ao/do Outro, do desejo, que determinarão as relações do sujeito com seus pequenos objetos *a*, ou seja, seus objetos de desejo, buscados por uma bússola outra que não a necessidade instintiva animal, mas pelas coordenadas introjetadas pelo discurso do Outro (FREUD, 1905|2016; 1915a|2010; 1920|2010; LACAN, 1964|2008; QUINET, 1991).

Desse modo, o dinheiro tem efeito na economia libidinal e na castração, pois seu excesso escamoteia a falta, dando acesso a uma fruição maior de gozos e uma ilusória sensação de plenitude que, quando cai, pode ser muito desolador para o sujeito. Por outro lado, a sua escassez faz do dinheiro mais um objeto destacado do corpo, uma imposição de limites que corta acesso a gozos e que evidencia a castração e a ausência de completude das quais tanto os sujeitos tentam se defender e negar, ou seja, o dinheiro tem valor simbólico, pois ele só existe devido à linguagem, ele possui valor de troca nas relações de demanda e desejo, onde se pode, através dele, ter sexo e alguns afirmam que até mesmo o amor. A presença ou a ausência do dinheiro também refletirá nas saídas, soluções e modos de lidar com os encontros com o real, cuja presença de recursos pode facilitar a

reconstrução da tela fantasística rompida, e a ausência de poder econômico pode deixar certos meios de se defender contra o real inacessíveis (QUINET, 1991; LACAN 1974-75, |INÉDITO).

Ainda no texto "O início do Tratamento" (1913a|2010), Freud nos chama atenção para o fato de que as questões relacionadas ao dinheiro são tratadas de forma semelhante às questões sexuais, com incoerência, pudor e hipocrisia, e Quinet destaca que, se com o dinheiro o sujeito paga para que alguém se submeta às suas fantasias e faça as suas vontades, com o analista isso não acontece, pois, o analista vai justamente contra a fantasia do sujeito. Por exemplo, o analista não coloca o analisante no lugar de objeto de seu gozo, não está ali para extrair benefícios do analisante. Assim como o analisante não está ali para contrair dívida ou dever favores. O pagamento das sessões evita que o analista seja colocado num lugar de estar recebendo aquele analisante por um ideal, de ser alguém ofertando um sacrifício ou extraindo gozo das histórias que ouve. O analista não está ali para exercer seu ofício por amor ao analisante, o que seria o mesmo de estar demando amor desse analisante para si, afinal, amor demanda amor. Não cobrar também equivaleria a entrar na tragédia do sujeito e empurrá-lo ainda mais para dentro dessa tragédia em vez de retirá-lo desta (FREUD, 1913a|2010, QUINET, 1991). Cito Quinet:

> Se o dinheiro serve para amoedar o capital da libido, o preço a ser pago para além do registro da necessidade não pode ser barateado. É só quando o preço é elevado para aquele sujeito que ele pode equivaler ao preço do sintoma [que lhe é caro no duplo sentido, de precioso e de custoso], tendo cada analisante, portanto, o seu preço. O analista não pode ter um preço fixo para todo e qualquer um que venha bater à sua porta, pois isto seria situar sua práxis não no registro da libido, e sim no da prestação de serviços, não no registro da libido, mas no *times is money* (QUINET, 1991, p.89).

Como foi mencionado mais acima, não há custo apenas no lado do analisante, o analista também paga, segundo Lacan, nos registros Imaginário, Simbólico e Real (LACAN, 1966a|1998) respectivamente, com sua própria pessoa, sua imagem e até com seu corpo, onde precisa apagar seu eu e se colocar frente a frente com fenômenos transferenciais de todo tipo. É preciso sustentar o semblante de objeto *a* para que as interpretações possam incidir sobre a cadeia simbólica do analisante e para que um ato analítico produza efeitos como tal, no campo do real, ou seja, para realizar o seu ofício o analista deve abster-se de sua posição de sujeito (QUINET, 1991).

A IPA (International Psycho-analytical Association) que se ergueu como o Outro do analista, para regular a prática dos psicanalistas. Para isso, definiu regras que determinavam o tempo de duração e a frequência das sessões, seu custo e a configuração

do seu *setting*, elevando as condições dadas por Freud ao status de regras. Criaram-se orientações sobre como firmar contratos com determinações rígidas, tanto para o analisante quanto para o analista, colocando o analista como um mero funcionário do dispositivo e forjando uma concretização do Outro para o analisante. Assim como a IPA tentou regular a psicanálise, por vezes há demandas para se instituir uma regulação sobre os psicanalistas contemporâneos, sempre combatidas com muita energia pelos estudantes e praticantes da psicanálise, afinal, não pode haver um Outro do Outro (LACAN, 1960b|1998).

As instituições seculares, onde os analistas se inserem para atuar com a psicanálise em extensão, também costumam tentar regular a atuação do psicanalista, que vai precisar fazer manejos para conseguir estar na instituição sem abrir mão da ética e da política próprias à psicanálise. Mas sem uma regulação, o público geral não fica vulnerável às pessoas de má fé que se apresentem como terapeutas de orientação psicanalítica?

O psicanalista atesta seu saber e seu comprometimento com a ética e a política da psicanálise através de sua filiação à Escola de psicanálise, suas produções de trabalhos clínicos-teóricos, o testemunho de seus analisantes e por sua observância aos conceitos fundamentais da psicanálise: o inconsciente, a pulsão, a transferência e a repetição (QUINET, 2009). Na Escola o analista terá como recursos para sua formação, sua análise pessoal, os estudos ofertados e a supervisão de outro analista. No que se refere a psicanálise para além do *setting* analítico a política da falta deve estar sempre presente, assim como a consideração por aquilo que é diferente do que já está instituído. No que se refere a psicanálise dentro do *setting* a regra de ouro da associação livre deve ser a ferramenta utilizada para obtenção do material inconsciente do analisante e a atenção flutuante do analista deve captar os significantes mestres que aparecem nessa associação e devolvê-los ao analisante, sem juízo de valor, em respeito à ética do desejo singular.

É devido a essa ética e essa política que Lacan se opôs à padronização ipeísta e realizou seu famoso retorno ao sentido de Freud, questionando essa torção de condições em regras, ainda que pudesse conservar parte disso, no mesmo nível de condição, de fator atuante, como por exemplo o uso do divã. Lacan se definia como um analisa freudiano (LACAN, 1980|INÉDITO), porém, admitiu ter um estilo próprio e autorizou seus ouvintes e leitores a terem cada qual seu próprio estilo também (LACAN, 1966b|1998), varrendo toda padronização ipeísta (QUINET, 1991).

O mencionado divã possui muitos fatores atuantes que justificam sua permanência, sempre que possível, ou a importância de simular seus efeitos por outros

meios. Para além do conforto de o analista não precisar passar horas encarando em sendo encarado pelos analisantes, a principal razão de se inserir e manter o divã no dispositivo analítico é para a diminuição das interferências imaginárias na transferência. A indicação do divã ao paciente é um ato analítico, onde admite-se o paciente em análise, muda-se sua posição e a relação é sustentada no simbólico, privilegiando a fala e reduzindo o apoio visual.

Porém, no geral, não há divãs nos hospitais, nas ONGs e nem na maioria das clínicas-escolas universitárias onde estagiários de psicologia usam a psicanálise como referencial teórico de escuta e direção de tratamento. Nesses espaços, o que acontece, se mantém o eixo imaginário erguido durante a tentativa de analisar? Com quais efeitos?

Na verdade, cada analista, ao seu próprio estilo, tomará sua decisão de como proceder, já que cada instituição tem uma maior facilidade ou uma maior dificuldade de se flexibilizar os protocolos. É possível, por exemplo, nas clínicas-escolas universitárias, o estagiário de psicologia organizar a sala de atendimento onde o campo de visão do paciente para o analista seja cortado, ainda que ele não esteja reclinado sobre o divã, mas sentado em uma cadeira. Nas ONGs, é possível fazer um manejo de forma semelhante. Em ambos os casos, é importante ter se realizado as três funções das entrevistas preliminares.

A partir daqui iremos nos aprofundar no único tema que o pai da psicanálise chamou de regra, a associação livre. Com isso será reforçada a diferença de peso que Freud deu para aquilo que chamou de condições e o que chamou de regra: a associação livre.

Começaremos citando a descrição freudiana de como funciona a associação livre:

> Diga, pois, tudo que lhe passa pela mente. Comporte-se como faria, por exemplo, um passageiro sentado no trem ao lado da janela que descreve para seu vizinho de passeio como cambia a paisagem em sua vista. Por último, nunca se esqueça que prometeu sinceridade absoluta, e nunca omita algo alegando que, por algum motivo, você ache desagradável comunicá-lo (FREUD, 1913a|2010, p.181).

A associação livre está do lado do analisante, ele deve falar tudo o que vem à cabeça sem censura, sem preocupações sobre o que o analista irá pensar a respeito, só se pôr a falar. O analista, por sua vez, irá manter o que Freud chamou de atenção flutuante, o que é muito importante para a clínica que não trabalha com psicotrópicos, nem sedativos ou indução de hipnose. Clínica que não se contenta *a priori* com o que se apresenta fenomenologicamente como sintoma, mas que os investiga, a partir da história do sujeito.

Mais precisamente, os investiga a partir dos significantes que insistem no discurso do sujeito, que são determinantes na sua constituição. O analista deve ignorar os seus saberes prévios, com o objetivo de pinçar os significantes do analisante a partir dessa atenção flutuante. Desse modo o analista evita ser capturado pelo drama da história do analisante, e usa como norte o saber do analisante, a partir dos significantes mestres dele (FREUD, 1913a|2010; LACAN 1966c|1998; 1969-70|1992). Kessler nos escreveu: "tomar o objeto *a* como agente do discurso, suspendendo o saber consciente (S2[24]) sobre si e fazendo o sujeito dividido (S) trabalhar, de forma que, assim, se produzam os significantes (S1) que lhe são constitutivos" (KESSLER, 2008, p. 30).

Esses significantes (S1) têm uma função primordial, eles determinam os pensamentos e as ações do sujeito daquele lugar Outro que não é a consciência, não à toa Lacan subverteu o cogito cartesiano demonstrando que o sujeito é onde não pensa e pensa onde não é (LACAN, 1965|1998). Esses significantes mestres que determinam os sujeitos podem ser captados através da associação livre, cuja fala nunca é aleatória, mas sempre sobredeterminada por esses significantes, que insistem em retornar nas falas dos sujeitos.

Outras formas de se captar esses significantes mestre são os lapsos e os tropeços do discurso consciente, como atos falhos, chistes e até durante a elaboração secundária sobre os sonhos[25]. O que interessa ao analista no discurso do analisante não é a sua história integral e racionalizada, mas aquilo que é dito nas entrelinhas (os chistes, os atos falhos, os tropeços de discurso, as palavras que se repetem, o que parece sem sentido, as produções oníricas e tudo que o paciente incluiu como se estivesse entre parênteses na sua fala), é com isso que o analista opera. Logo, não se trata do tempo, nem do dinheiro e nem do divã, apesar desses recursos terem suas funções e manejos possíveis (FREUD 1912|2010; LACAN 1966a|1998; 1969-70|1992; QUINET, 1991; KESSLER, 2008).

Das quatro condições aqui relembradas, o tratamento de ensaio ou as entrevistas preliminares é a condição que mais está intimamente conectada com a regra fundamental da psicanálise, pois, tanto na análise quanto nas entrevistas preliminares o que está em jogo é a associação livre, em ambos os períodos deve-se obedecer à sua regra, sendo particular a esse período colher os significantes das associações do paciente para tornar a

[24] Suspender o saber consciente porque o saber, o S2 no discurso do discurso do analista, é inconsciente.

[25] Elaboração primária é como o sonho se manifesta para o sonhador em seu estado de repouso. A elaboração secundária é o relato do sonho pelo sonhador em seu estado de vigília.

queixa bruta em uma questão analítica, realizar o diagnostico diferencial e estabelecer a transferência.

Apenas com essas funções realizadas que o analista poderá fazer uso de suas intepretações, que estarão referidas à transferência estabelecida. Afinal, não devemos esquecer que o sintoma é caro ao analisante em dois sentidos opostos, no sentido de custoso, causador de sofrimento e de dificuldades, e por isso ele vai buscar a análise, para se livrar desse custo, porém, ao mesmo tempo, é caro no sentido de valioso, pois seu sintoma lhe confere uma identidade, é a resolução dada à um conflito psíquico que mais ou menos funcionou em determinado momento e que se cristalizou como resposta única e universal, o que não existe. O sintoma é a resposta que ele conseguiu dar à questão da falta no Outro, à questão do desejo do Outro, e é essa resposta que será questionada pelo analista e cuja transferência deve ter operado para que o sujeito possa suportar essas questões e os efeitos de se mexer em seu caríssimo sintoma (FREUD, 1905[1901] {nota de 1923}|216, p.2019-220; 1917|2014, p.500-518; LACAN, 1957-58|1999; 1958-59|2016; 1966d|1998).

Mas e quando um sujeito em sofrimento neurótico não possui recursos para custear a sua análise? Como ele pode acessar esse tratamento e como ele poderá ser conduzido? O dispositivo freudiano é aplicável a esses sujeitos?

O pagamento foi apresentado como tendo função na análise, desde o sustento do analista, até a implicação do sujeito no seu tratamento numa equação que equivale ou compara valor monetário com valor subjetivo. Isso quer dizer que a psicanálise é um recurso restrito a quem pode e deve pagar bem por ela? E as transações de pagamento virtuais, elas enfraquecem os efeitos de pagamento quanto ele é feito dessa maneira?

A analogia entre valor monetário e valor simbólico é válida, porém, a partir das clínicas públicas de Freud, podemos inferir que o custo que deve acompanhar o valor simbólico nem sempre é o de dinheiro pago ao analista ao final de cada sessão, mas, às vezes, é o esforço para se conectar, para se chegar até o analista, e o enfrentamento dos obstáculos para o mesmo.

Em 1919, Freud, no texto Caminhos da Terapia Analítica escreve que “o pobre deve ter tanto direito à assistência para a sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar sua vida [...]. Então, serão criadas instituições e clínicas ambulatoriais [...] Tais tratamentos serão gratuitos” (FREUD, 1919a|2010, p.291). Essa posição demonstra que a ação de pagar a sessão é considerada mais uma das condições da análise no sentido de “conjunto de fatores atuantes”, mas não de regras

fundamental e, em casos de pacientes sem recursos, deve haver um outro tipo de oferta para que esse sujeito tenha acesso ao tratamento de sua miséria neurótica através da psicanálise (FREUD, 1919a|2010).

Danto (2019) deixa claro em seu livro *As Clínicas Públicas de Freud* (2019) que o pai da psicanálise era um entusiasta em relação ao progresso social e que, para ele, esse progresso seria possível a partir da parceria entre o Estado e os seus cidadãos, ou seja, responsáveis governamentais e a sociedade civil, para então haver uma promoção da igualdade social, afinal, "o desenvolvimento histórico de um país avança em paralelo ao curso de uma neurose entre indivíduos e sua sociedade" (p.352), quer dizer, tratar a neurose dos cidadãos é tratar o desenvolvimento do país também, pois, existe a transmissão trans-geracional descrita por Freud em O Eu e o Isso (FREUD, 1923|2011), tema também comentado por Elia em *O Inconsciente Público e o Privado* (ELIA, 2018).

O importante é que o analisante esteja em condições de fazer suas associações, para que emerjam seus conteúdos inconscientes, não importando mais que isso as questões relacionadas ao tempo, ao dinheiro ou ao Divã. O analista trabalha é com as produções do inconsciente. O que o analista faz com essas produções do inconsciente?

Como Freud bem comparou, um manual com todos os movimentos de xadrez é impossível, esses manuais podem conter as principais aberturas e fechamentos, mas será necessária uma longa experiencia e expertise para desenvolver todas as manobras possíveis e, inclusive, é necessário o conhecimento para saber que manobras não são reconhecidas ou permitidas (FREUD, 1913a|2010). De modo semelhante, a psicanálise não pode produzir um livro com todas as interpretações possíveis, pois o número seria infinito, mas ela possui conceitos fundamentais que norteiam a interpretação e o manejo dessas produções inconscientes, Através desses conceitos fundamentais é possível inferir uma ética e uma política que orientam o psicanalista em sua clínica e fora dela. Falaremos do inconsciente e dos demais conceitos fundamentais para auxiliar a compreensão do lugar político da psicanálise, lugar esse que permite que a psicanálise seja aplicada também fora dos consultórios particulares, seja em instituições públicas ou privadas, sem jamais perder de vista a sua política, instancia maior que rege tanto a estratégia do manejo transferencial quanto a tática da interpretação (LACAN, 1958|1998; QUINET, 2021).

Quando se pensa em psicanálise, provavelmente, a primeira coisa que vem à cabeça é o conceito do inconsciente, afinal, a psicanálise é conhecida como a teoria do inconsciente, não por ter sido a primeira a falar disso, mas ser a primeira a colocá-lo no lugar de objeto de estudo, se aprofundar nele, sistematizá-lo e, sobretudo, dar ao

inconsciente o estatuto de orientador das ações e dos pensamentos do sujeito acima do Eu.

Muitos autores já citaram conceitos que consideram fundamentais na psicanálise, mas nesse trabalho focaremos n'Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise apresentados por Jacques Lacan em seu seminário de número 11, a saber: o inconsciente, a repetição, a transferência e a pulsão. Esses conceitos são tão intricados que costumam causar uma confusão ou uma indistinção entre eles, pois os quatro referem-se à Outra cena, cada qual, com a sua especificidade. Vamos trabalhar esses conceitos abaixo, começando pelo conceito de inconsciente.

2.5 **Conceitos imprescindíveis**

Lacan destaca que o inconsciente freudiano é diferente de todas as outras formas de elaboração de inconsciente que o precederam. Não se trata de um inconsciente romanticamente imaginado, não é relacionado com o divino, tanto que levou ao desentendimento entre Freud e Jung. Para Freud o inconsciente tem algo que opera de modo elaborado, semelhante a operação de pensamentos conscientes, porém, com uma lógica própria ao operar suas metáforas, suas metonímias e suas fixações, sempre relacionados aos materiais fornecidos pelo Outro, que incluem entalhes muito precoces, até mesmo anteriores ao do nascimento do *infans*. A teoria freudiana subverteu o pensamento cartesiano ao afirmar que "o eu não é senhor de sua própria casa" (FREUD, 1917|1996, p.135), ou seja, que havia algo para além do raciocínio e da lógica nas atividades humanas, o que ele chamou de inconsciente.

Por mais que se fale de inconsciente, a amplitude desse conceito torna difícil dar uma resposta formal e sucinta à pergunta sobre o que é o inconsciente. O inconsciente é a sede das pulsões, a realidade psíquica, o Complexo de Édipo, o Outro, as instâncias real-simbólico-imaginário, "o inconsciente é estruturado como linguagem" (LACAN, 1964|2008, p.27), todas essas são formas de ser referir ao inconsciente.

O que funda o inconsciente é a divisão constituinte realizada pelo recalque, fenômeno considerado a pedra angular de toda a estrutura psicanalítica, que pode ser facilmente observado na clínica. Já falamos um pouco do recalque propriamente dito, mas é preciso falar do recalque originário, já que é ele que está na origem da constituição do sujeito, ele antecede a todo o resto.

O recalque originário é também conhecido como fixação, ou, fase um do recalque. Refere-se a uma representação (significante) que, por gerar algum conflito ou desprazer, foi "jogado e aprisionado" no abismo do inconsciente, a partir daí toda representação que se associe com essa primeira, será impedida de ascender a consciência para evitar desprazer, sendo a sexualidade o objeto privilegiado do recalque (FREUD, 1915b|2010; JORGE, 2010).

A fase dois é o recalque propriamente dito, ou recalque secundário, que são as forças que atuam sobre as ideias que podem ser associadas ao que foi recalcado originariamente, a repulsão que atua a partir do eu, sistema pré-consciente-consciente, e a atração exercida pelo conteúdo primevo recalcado. Essas forças não podem descansar nunca, pois, as representações ou ideias recalcadas, conectadas com a energia pulsional inconsciente, esforçam-se constantemente para se libertar, furar, burlar a ação do recalque e ter acesso à consciência (FREUD, 1915b|2010; JORGE, 2010).

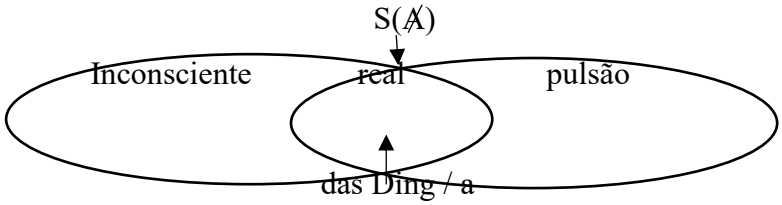
A fase três é o retorno do recalcado, é a falha da ação do recalque ou o sucesso do esforço pulsional, a irrupção de traços do conteúdo recalcado, mesmo que estejam transformados em forma de sintomas, chistes, atos falhos e sonhos, efeitos que minimizam a angústia que seria provocada caso o conteúdo recalcado bruto viesse à tona (FREUD, 1915b|2010; JORGE, 2010).

[26]A associação livre na análise é uma forma de fazer emergir derivados do recalcado, podendo assim dar-nos um vislumbre do inconsciente do sujeito e suas fixações. Abaixo deixaremos uma ilustração de uma das ilustrações, mas não a única, utilizada por Freud para pensar o aparelho psíquico (FREUD, 1923|2011,p.30)

[26] Imagem reproduzida de O eu e o isso (FREUD, 1923|2011, p.30)

Para falarmos de inconsciente é importante lembrar que ele não é referido a uma parte física do cérebro, como dito por Lacan, o inconsciente é um efeito de linguagem, O inconsciente é um saber, um saber não-todo, articulado em torno de uma falta real, o significante do Outro barrado - S(Ⱥ) -que está na origem do recalque.

Esse real é um núcleo comum com a pulsão, que do lado do inconsciente está relacionado ao "umbigo do sonho" (FREUD, 1900|2019), ponto limite da atuação do analista. Relaciona-se com o que é chamado, por Lacan, de objeto *a*, índice da Coisa freudiana, objeto faltoso, causa de desejo, que podemos representar com a imagem abaixo criada por Jorge (2010).



Do lado da pulsão, esse real é justamente o que a torna impossível de satisfazer em absoluto. Assim sendo, ela insiste, pois, no inconsciente, há uma perspectiva de se alcançar a Coisa, objeto perdido desde sempre, que na verdade nunca existiu, e retornar a um estado anterior de satisfação. Enquanto o desejo, ligado a Eros, impulsiona para novos objetos em busca da Coisa e da satisfação perdidos, o gozo, ligado a Tânatos, incita à repetição para além do princípio do prazer, outro dos conceitos fundamentais da psicanálise, que veremos à frente, citado aqui apenas para demonstrar como são interconectados.

Freud se referia às pulsões como manancial de energia do inconsciente, quase tratando o inconsciente como um dínamo produtor de energia, que precisa ser descarregada de modo motor, não como uma descarga qualquer, mas uma orientada segundo as representações ou significantes que determinam aquele sujeito. O acúmulo dessa energia é sentido como tensão e desprazer no aparelho psíquico, que visa sempre a descarga dessa energia por meio de algum objeto, para assim alcançar seu objetivo: a satisfação. É importante lembrar que a fonte da pulsão é o interior do próprio corpo, corpo pulsional para a psicanálise, o que significa que não dá para limitar seu início ou seu fim, pois, a pulsão é um conceito que demarca o *missing link* entre o psíquico e o somático (FREUD, 1905|2016; 1915|2010).

Quanto ao objetivo, a pulsão visa apenas uma meta, a satisfação, e para que isso ocorra, ela vai fazer uma quota de pressão no aparelho psíquico e se valerá de algum

objeto para alcançar essa finalidade, que, por melhor que seja, será sempre parcial, nunca plena ou definitiva.

A pressão pulsional nunca cessa, ela é constante, e quanto maior o tempo represada, maior o desconforto e a pressão no aparelho psíquico para que ela seja descarregada por meio de um objeto capaz de satisfazê-la.

O objeto da pulsão é a característica que ela tem de mais variável, ela não tem objeto definido, podendo ser inclusive o próprio corpo, mas não importa qual objeto seja utilizado, ele será sempre considerado um objeto substituto e falho, pois, o suposto objeto de satisfação primordial está para sempre perdido, na verdade, ele nem mesmo existiu (FREUD, 1915d|2021). Existem, porém, quatro objetos privilegiados pela pulsão, dois relacionados à incidência da demanda, que vai participar da estruturação no modo em como o sujeito se coloca nas relações, e dois objetos que estão mais intimamente ligados ao enigma do desejo do Outro, que passa aquém e além demanda. Os dois primeiros são o seio e as fezes, objetos da pulsão oral e anal respectivamente. O primeiro refere-se à demanda que o pequeno proto-sujeito faz ao Outro, como será subjetivada a resposta e a não resposta a essa demanda. No caso do segundo objeto, as fezes, refere-se à demanda que o Outro faz ao pequeno proto-sujeito, é ele que irá, ou não, responder a essa demanda, havendo também uma subjetivação dessa troca com o Outro (LACAN, 1964|2008).

Os dois objetos seguintes são o olhar e a voz, pulsão escópica e invocante respectivamente. São objetos do desejo pois não passam pela palavra, são enigmáticos e amplamente abertos à interpretação do sujeito que os recebe. Olhar de carinho, olhar raivoso, olhar indiferente... Quando se fala de pulsão invocante, não se trata da subjetivação dos significantes, mas da subjetivação da voz em si. Voz fria ou calorosa, voz tranquila, voz irônica... Essas relações de troca primordiais, esses objetos, participam da estruturação do sujeito, porém, é uma estruturação ativa, dotada de sentidos e de escolhas feitas pelo próprio sujeito inconsciente, caso contrário, a subjetivação se daria por uma lógica de causa e efeito, e na clínica é possível atestar que não é isso o que acontece. Mais importante do que o que acontece com o sujeito, é o que ele faz, quais sentidos ele dá, a esses acontecimentos.

Em um primeiro momento, no texto “A pulsão e suas vicissitudes”, Freud (1915d|2021) elaborou uma dicotomia entre pulsões chamadas de autopreservação (pulsão do eu) e pulsões sexuais, onde as primeiras eram referidas às necessidades fisiológicas de nutrição, excreção e reprodução, e as segundas se apoiavam, inicialmente,

nessas primeiras, subvertendo-as para além da necessidade, erogenizadas pelo prazer e pelo desejo, para assim, tornarem-se mais fortes e essenciais que as pulsões do eu.

Freud, porém, percebeu inconsistências nessa formulação e a revisitou no texto "Além do princípio do prazer" (1920|2010), dividindo as pulsões em pulsões de vida, ou Eros (as pulsões do eu e sexuais indissociáveis) e pulsão de morte, ou Tânatos, que é o oposto a ideia de autopreservação, que busca zerar a tensão no aparelho psíquico, algo possível apenas com a morte, e é nessa direção que ela vetoriza o sujeito.

As pulsões possuem quatro destinos possíveis quando não podem ser satisfeitas por meio de sua descarga em objetos do mundo externo. Os dois primeiros destinos possíveis são os mais arcaicos mecanismos de defesa para evitar o desprazer, que são: a reversão ao seu oposto, que pode inverter atividade em passividade ou trocar amor por ódio ou vice-versa, e o retorno ao próprio eu, que é a pulsão sendo descarregada no próprio sujeito e não no objeto externo. Os outros dois destinos possíveis, digamos, mais sofisticados, são: o recalque, que é manter a ideia afastada do consciente e realizar uma formação de compromisso para evitar o desprazer que aquela pulsão poderia causar à instância do eu, ainda que fosse prazerosa em si para o isso[27]; e a sublimação, um tipo particular de atividade humana (criação literária, artística, intelectual), que não tem nenhuma relação aparente com a sexualidade, mas que extrai sua força da pulsão sexual, na medida em que essa se desloca para um alvo não sexual, investindo objetos socialmente valorizados.

Como destacado por Lacan, o mundo humano é o mundo da linguagem. Não há nada além nem aquém da linguagem, e, valendo-nos das duas primeiras vicissitudes possíveis para as pulsões, apreendemos que até mesmo a pulsão é estruturada como uma gramática, que se flexibiliza como tempos verbais, a saber: o ativo, onde eu pratico a ação no outro (eu bato), o reflexivo, onde pratico a ação em mim mesmo (eu me bato), e passivo, onde eu sofro a ação do outro (tu/ele me bates/bate). Esse é o circuito pulsional que podemos ouvir dos analisantes na clínica psicanalítica (LACAN, 1964|2008).

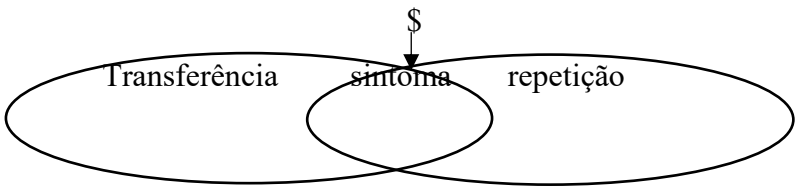
[27]" Do ponto de vista tópico o eu está numa relação de dependência tanto para as reivindicações do isso, como para os imperativos do supereu e as exigências da realidade. Do ponto de vista dinâmico o eu representa o polo defensivo da personalidade. Do ponto de vista econômico o eu surge como um fator de ligação dos processos psíquicos. O isso constitui o polo pulsional da personalidade. Os seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes, por um lado hereditários e inatos e, por outro, recalcados e adquiridos. Do ponto de vista econômico, o id é, para Freud, o reservatório inicial da energia psíquica; do ponto de vista dinâmico, entra em conflito com o eu e o supereu (LAPLANCHE, 1991, p.124 e 497).

Na tentativa de satisfazer a pulsão, de alcançar uma satisfação mítica, a repetição, outro conceito fundamental, leva a modos de busca de satisfação pouco criativos, repetitivos e estereotipados, graças ao talho marcado pela relação primordial com o Outro, como já afirmado antes. São as relações de troca entre as demandas feitas ao Outro ou recebidas do Outro, os significantes, o olhar e a voz do Outro que, subjetivados pelo sujeito, darão as coordenadas de desejo, gozo, e até de angústia a todos os sujeitos.

Lacan em seu trabalho com os conceitos fundamentais da psicanálise, destacou dois aspectos da repetição: o *autômaton* – associado ao simbólico –, e a tiquê – vinculada ao real –. O *autômaton* representa a repetição em seu aspecto de insistência automática da rede dos significantes e a tique é seu ponto terminal, o encontro traumático com o real, tentativa de assimilação da falta. Como sabido, o real é inapreensível e a fantasia constituída pelo sujeito é uma tentativa de proteção para o encontro com traumático da tiquê, gerando, ao mesmo tempo, pontos de fixação, de gozo, de repetição, própria da pulsão de morte e dificultando o deslizamento significante. Daí a importância do corte analítico, que vem para quebrar essa corrente do *autômaton* e assim possibilitar o deslizamento na cadeia significante, abrindo para o sujeito novas formas de se viver, com menos sofrimento neurótico.

A repetição é a forma por excelência de comparecimento da pulsão na experiência clínica, fora dos limites de Eros, situada para além do princípio do prazer – a exemplo dos sonhos traumáticos e o For-Da – real que retorna continuamente.

O conceito da repetição é um nome para a pulsão de morte. No entanto, há um equívoco comum, que é o de igualar a repetição à transferência devido seu elemento em comum, o sintoma. Ora, se a repetição nos revela a fixação da pulsão na experiência clínica, a transferência nos desvela o inconsciente do analisante, sua estrutura, sua linguagem própria, que Jorge produz um outro esquema para ilustrar (2010).



A entrada na análise se dá pela via do sintoma e a análise do sintoma revela sempre, conforme elaborado por Freud, a fantasia a ele subjacente, ou seja, o sintoma é a persistente volta que a pulsão dá, na tentativa de recuperar o resto de satisfação que faltou.

A transferência, o último desses conceitos fundamentais, nos desvela o inconsciente do analisante, sua estrutura, sua linguagem própria, seu modo característico

de conduzir a vida, ao passo que a repetição demonstra a insistência da pulsão, e ambos, transferência e repetição, tem proximidade com o sintoma. São esses fenômenos clínicos, transferência e repetição, que nos confirmam a teoria psicanalítica do inconsciente e da pulsão.

Esses quatro conceitos são imprescindíveis e através deles é possível pensar toda uma lógica para a política do psicanalista que se formulou, que pode dar contorno para essa postura que o analista precisa assumir ao aplicar e implicar a psicanálise. Lacan afirmou que o "analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que no seu ser" (1958|1998, p.596). Essa deve ser a sua política, e quanto a isso o psicanalista não é muito livre em como proceder. Quinet adiciona uma interpretação política sobre o quadro da sexuação (LACAN, 1972-73|2008), uma política da Não-Toda. Ele diz: "A política da não-toda é a política poética – *polética*. Ela implica a ética da diferença, o respeito por formas de gozo distintas da sua, e a consideração pelo que não é da ordem do Mesmo e do Outro" (QUINET, 2021, p.41).

Em seu quadro da sexuação, Lacan dividiu os sujeitos em todo-fálico e não-toda-fálico, lembrando que "onde houver pênis, não há necessariamente falo e vice-versa" (ZAFIROPOULOS, 2018, p.306). O lado todo-fálico, o dito lado do homem, não no sentido de identidade ou de expressão de gênero e muito menos no sentido de qual seja seu órgão sexual, mas no sentido de todo sujeito que se posiciona do lado do Um e do Todo, do empuxo aos grupos que elegem um líder e exclui os diferentes. O lado não-toda-fálico, o dito lado da mulher, que também não tem relação com identidade ou expressão de gênero e nem com o órgão sexual do sujeito, é o lado da pura heteridade, é a total inexistência do UM, é a afirmação de uma ética da diferença, o respeito às formas de gozo distintas da sua, consideração pelo que é da ordem do Outro. Uma política orientada pelo lado da não-toda do quadro da sexuação "não permitirá nenhuma universalidade" (LACAN, 1972-73|2008, p.86).

É um grande perigo se deixar iludir pela política sedutora do todo-fálico. Quinet nos alerta "A política do todo-fálico repudia toda manifestação do feminino, o gozo Outro, gozo diferente e isso se manifesta no desprezo, ridicularização, perseguição e até mesmo assassinato daqueles que representam esse Outro gozo" (QUINET, 2021, p. 46). É a modalidade que dá forma à "misoginia, machismo, racismo, homofobia, transfobia e ataques a pobres, índios e afrodescendentes" (QUINET, 2021, p. 47). Quinet continua:

> É a política do poder, do S^1, dos líderes e dos liderados, dos grupos, dos clubes, da psicologia das massas e também das identidades grupais e seus guetos. A política fálica é por estrutura segregativa por formar grupos que sempre se constituem a partir de quem é excluído (QUINET, 2021, p. 47 e 48).

O lado do psicanalista é o lado do não-todo, da singularidade, do um a um, da afirmação da existência de diferentes possibilidades, do Outro gozo, da clínica que dá lugar à singularidade do sujeito, que mais uma vez concorda com os conceitos fundamentais da psicanálise, que retira o sujeito da dominação do Outro, da posição de dejeto. Os analistas são autorizados pela ética que lhe é própria, aquela que serve "para pagar o preço ao acesso ao desejo" (LACAN, 1959-60|1988, p.385), a intervir no meio cultural para além da condição de cidadãos, mas como psicanalistas, não por uma causa social, mas pela causa da política da falta-a-ser: "A política do psicanalista não é a causa do segregado, trata-se antes da política da separação, que é a causa analítica [...] ser segregado parte do Outro, separar-se parte do sujeito, enquanto subvertido pelo objeto de seu desejo" (QUINET, 2021, p.91). Ou seja, uma recusa à alienação do sujeito, recusa a um dizer a priori sobre o sujeito, valorização do seu desejo singular e da falta de um dizer todo sobre os falasseres.

A política da psicanálise não se confunde com um partido político, pois se trata de uma política orientada pelos conceitos psicanalíticos, uma política da falta-a-ser bem oposto a uma visão de mundo de bem homogêneo, pois valoriza-se a ética singular do desejo, algo que a cultura, talvez sem se dar conta, vem tentando apagar no mundo por meio de sua *euóica* e imaginária tendência à síntese à sentidos únicos. Traço que vem se fortalecendo através do discurso (pre)dominante atual no mundo globalizado, o discurso capitalista, que não faz laço social, um discurso que não favorece a ligação de Eros, e onde os sujeitos se relacionam com objetos. Não à toa, percebemos o grande aumento dos sintomas autísticos na contemporaneidade. Mesmo quando se relacionando com outros sujeitos, os tratam também como objetos, como mera fonte de satisfação narcísica, não levando em consideração o Outro. É um desejo sem articulação com a Lei, puro gozo, algo explicitamente articulado nas músicas mais populares de 2011 a 2020, com refrões como: "nossa, nossa, assim você me mata. Ai se eu te pego, ai se eu te pego", "eu encontrei ela no Tinder, mas ela faz umas paradas, que eu não faço com você", "agora você vem, né? E agora você quer, né? Só que agora vou escolher, 'tá sobrando mulher",

“Lê, lê, lê, lê, lê, lê, se eu te pegar você vai ver. Lê, lê, lê, lê, lê, lê, você jamais vai esquecer”[28] (ECAD, 2021).

Estar do lado do desejo, enquanto desejo submetido a uma lei, significa se opor ao Um ditatorial que foraclui a castração e, ao contrário, reconhecer a falta e a sua função para os falasseres, o que é o oposto do que a civilização tenta, a todo custo, esconder.

Lembramos que o discurso do analista é um dos quatro discursos que fazem laço social, porém, é o único que aponta como verdade, os sentidos inconscientes. É o único discurso que se dirige ao outro como sujeito e não como um escravo, ou como um mestre, e nem como um ser sem conhecimento. Essa posição do analista consente com várias formas possíveis de existir, diferente das ideologias e dos valores conservadores, que validam apenas uma forma de existir, chamada hoje de cis-heteronormativa[29].

Esse modelo é, desde cedo, transmitido como o único válido através dos discursos dominantes, presentes no sistema político, religioso e nas mídias, pois outras formas de viver, ou não aparece, ou aparece rodeada de represálias, sofrimento ou solidão. Isso contribui fortemente para que qualquer desejo ou gozo que não seja pelo sexo oposto ou que não corresponda com os papéis sociais predeterminados gere muito conflito ao sujeito.

Esses discursos podem até mesmo ser apresentados como embasados nas ciências biológicas, porém, na verdade, é o discurso dominante penetrando a produção de saber científico, pois, desde Freud se entende que a humanidade pode satisfazer suas pulsões com os mais variados objetos, propondo uma bissexualidade psíquica para todos os sujeitos (1905|2016) e que relações exclusivamente heterossexual ou homossexual são igualmente curiosas (1935|1967), e só isso, não havendo um modelo padrão ou correto.

Os que ocupam o lugar de poder na cultura, dali ditam os sentidos que pairam sobre os sujeitos que estão inseridos nela, pois os discursos dos que estão no lugar de autoridade e poder, seja político, religioso ou midiático, acabam por serem reproduzidos nos lares, pelo grande Outro, e que será levado de volta para os demais na cultura entre os pequenos outros, trazendo à tona a imagem Banda de Möebius 2, criada pelo artista Maurits Cornelis Escher em 1963 onde interno e externo são apenas uma superfície, que causam uma impressão de serem duas devido a torção da fita.

[28] As músicas são respectivamente: Ai se eu te pego, Jenifer, Camaro amarelo e Lê, lê, lê.
[29] Modelo de vida de relações exclusivamente heterossexuais, cisgênera, com normas de condutadas e de papéis sociais pré-estabelecidos segundo o órgão sexual de nascimento.

Essa referência topológica nos possibilita pensar na passagem do público para o privado e do privado para o público, um em continuidade com o outro, trazendo de volta a afirmativa de Freud de que a psicologia das massas e psicologia do eu são a mesma coisa (FREUD, 1921|2011).

Os conflitos internos ao sujeito têm relação ao que está presente na cultura, e os impasses na cultura têm relação com os processos internos dos sujeitos que nela vivem. "O que se passa na pólis se escuta no divã, pois o real da política sempre invade mais ou menos a clínica" (QUINET, 2021, p.73) e "a responsabilidade do conflito de ordem social recai sempre no sujeito" (ZAFIROPOULOS, 2018, p.212).

Através da psicanálise é possível operar uma separação dessa alienação significante entre o desejo do sujeito e o desejo do Outro, onde por vezes gera-se um conflito entre aquilo que ele recebeu do Outro como ideal e aquilo que causa o sujeito, afinal, a pulsão é disruptiva e por vezes investe no proibido e no controverso.

O psicanalista deve escutar o que é da ordem do desejo, aquilo que aparece entre os significantes do analisante e não necessariamente aquele sentido do qual o analisante tenta convencer o analista. O analista aponta para a falta e os furos daquele discurso consciente e elaborado. Isso significa que as análises não são norteadas pelos valores e ideologias dominantes. Não é uma terapêutica no sentido de produzir adequações ao sistema de crenças produzidas e transmitidas pelo Outro. Não é orientada pela lógica de exclusão, mas sim de inclusão.

Esse é um trabalho que deve ser feito sem pressa e com cautela, como um arqueólogo escavando um terreno com relíquias valiosas, pois "todo sujeito é uma parte composta por muitas multidões, ligado de diversas maneiras através de identificações [...]. Pertence à sua raça, à sua classe, à sua religião, à sua nação" (GAY, 1989, p. 127), constituindo-se orientado por um eu ideal que tem "além do seu componente individual, um social" (GAY, 1989, p. 127). O sujeito é atravessado pelos ideais da família e da comunidade à sua volta e daquilo que consome da cultura via mídias diversas, inclusive a internet. Mesmo depois de haver mobilidade social, abandono ou troca de religião, mudança para uma nova nação, o que se percebe é que as crenças antigas permanecem coexistindo com as novas, produzindo mal-estar e comportamentos incompreensíveis em um primeiro momento.

Por isso é importante que o discurso do analista seja aplicado em extensão na cultura, como forma de combater os ideais irreais e produtores de sofrimento, e descortinar os furos dessa imaginarização que aprisiona. Presentificando-se para

subverter os discursos de dominação como o do mestre, o do universitário e, sobretudo, o do capitalista. Desde 1915 Freud nos alerta de que "a ciência perdeu sua desapaixonada imparcialidade" (1915|2010, p.210), possibilitando a nos questionar como a política atual, com seu discurso capitalista (LACAN, 1969-70|1992), vem utilizando-se do saber da ciência para seus ganhos e manipulações, pois a ciência não é feita sem atravessamento político, e que com a máxima de ser científica, quer determinar até a vida privada dos sujeitos.

Apenas o discurso do analista é capaz de furar a onipotência do Outro e então fazer claudicar o traço unário do Ideal do Eu que é, de origem, sempre, o Ideal do Outro [I(A)]. Sem fazer com que isso vacile, o sujeito permanecerá impedido de condescender ao seu próprio desejo. O inconsciente refere-se à uma divisão do sujeito, teoriza-se um ponto inacessível que Freud chamou de umbigo do sonho e Lacan chama de significante da falta do Outro [S(Ⱥ)]. A recusa a essa falta do Outro, essa sustentação do Outro como completo precisa ser desfeita. Não há plenitude nem do lado do pequeno outro e nem do grande Outro. A pulsão é concebida como impossível de satisfação plena, por isso a política do psicanalista, no manejo da transferência, orienta-se por essa falta-a-ser, sem herói ou criminoso total, o gozo irrestrito é mítico, portanto, todo desejo deve estar submetido à Lei.

Essa lei, esse limite de gozo, é convocado na história da humanidade através de diversos mitos que descrevem um pai gozador e um filho que o assassina Cronos se rebelou contra a dominação tirânica de seu pai Céu e cortou-lhe com foice, porém, Cronos assumiu o lugar de gozo total deixado por seu pai e teve sua tirania interrompida por ação de seu filho Zeus. Não repetindo as histórias anteriores, Zeus não assumiu um lugar de acesso e controle total sobre os demais, antes, repartiu os domínios adquiridos em três, ficando com o Olimpo para si, os domínios marítimos para seu irmão Poseidon e o submundo para seu outro irmão, Hades, passando a haver assim novas formas de autoridade e a necessidade de acordos.

Por falar nos mitos, neles a psicanálise inspirou um dos seus conceitos mais conhecidos, o Complexo de Édipo. No mito, Édipo era filho de Laio, um homem acusado de abusar da hospitalidade que lhe foi dada, por relacionar-se sexualmente com o filho de seus anfitriões. Laio saiu fugido, levando com ele o jovem. Foi dessa maneira que ele recebeu a maldição de que seria morto por seu filho, e assim se deu. Seu filho Édipo, que não conhecia seus pais biológicos, o matou e assumiu seu lugar no trono do reino e na cama da rainha enviuvada, Jocasta, em realidade, sua mãe, o que, por fim, levou toda a

cidade de Tebas à ruína (SÓFOCLES, 496AC-406AC). Laio e Édipo tiveram esse destino devido o que em grego era chamado de *Hybris* (COSTA, 2017) e com Lacan podemos chamar de gozo. Laio não respeitou os limites da hospitalidade recebida, lei muito importante naquele contexto, e Édipo ultrapassou os limites do incesto e do parricídio.

Finalizando essa pequena revisão dos mitos que demonstram as tragédias consequentes do gozo desmedido, temos o mito de Freud, de Totem e Tabu, onde os filhos mataram o pai por sua tirania, ainda que em seguida eles o tenham restaurado na forma de um totem, pois precisavam de uma ordenação, uma barra ao gozo desmedido, para que um dos irmãos não assumisse a posição tirânica do pai deposto. Para evitar esse destino, essa repetição, instaurou-se as leis de partilha e de convívio, com a formalização da proibição do incesto e promovendo a exogamia e a adoração do animal totêmico, o pai. (FREUD, 1913b|2013).

As semelhanças desses mitos nos serve para reforçar o que podemos pensar como a política do não-todo da psicanálise, que se opõe ao "Um ditatorial das massas e das seitas e ao discurso capitalista que foraclui a castração, a falta, a diferença" (QUINET, 2021), e que prometem, falsamente, completude, felicidade e proteção total. O real, um dos três registros bem comentados por Lacan junto com o imaginário e o simbólico, se faz presente vez após vez na vida de todo sujeito, o que desmente essa promessa do discurso capitalista, promessa vã de completude que produz um a mais de angústia naqueles que nela acreditam.

Essa repetição nos mitos simula a repetição da pulsão de morte nos sujeitos, que precisa do laço com o Outro para que haja vida, caso contrário será pura pulsão de morte. Só a assunção do desejo pode romper com os desígnios repetitivos da pulsão de morte (LACAN, 1962-63|2005). Mais uma vez os conceitos fundamentais, nesse caso o de pulsão e o de repetição, norteiam a política da psicanálise: ausência de objeto determinado, alcance sempre parcial da satisfação e o gozo mortífero da repetição se o desejo submetido a uma lei não puder advir.

Assim como o inconsciente insiste, o psicanalista insiste em fazer circular nas instituições o discurso do analista, em detrimento aos demais discursos que negam o direito ao desejo singular do sujeito, que, por exemplo, visam tratar os sujeitos focando na sua adaptação às normas convencionadas socialmente, ainda que em temas que se dizem respeito ao sujeito e ao seu desejo. Essas formas de tratamento rebaixam as paixões humanas à meros transtornos bioquímicos de tristeza, luto, angústia...

Por outro lado, a psicanálise desvela que “há o impossível no coletivo – pois os sujeitos a partir de suas particularidades de gozo se contam um a um” (QUINET, 2009, p.39). Logo, pensar uma implicação da psicanálise na cultura não significa fazer análise sociológica, afinal, a psicanálise é um saber que considera o gozo, a pulsão, o inconsciente e suas formações em meio a cacofonia significante e a reescrita do sujeito sobre a sua história factual (ZAFIROPOULOS, 2018). É preciso escutar o que ocorre na Cultura, sua ideologia dominante, para que o analista possa usar seu estilete corretamente no ato de sua interpretação, e corte (LACAN,1953a|1998), pois, o sujeito do inconsciente é “o do sistema simbólico no seu conjunto” (ZAFIROPOULOS, 2018, p.80).

Essa concatenação histórica e significante fornece as coordenadas para as formações do inconsciente a partir da história pessoal do sujeito e, sobretudo, a organização psíquica que esse sujeito faz de sua história. O drama familiar possui coordenadas culturais absorvidas e transmitidos pelos cuidadores que realizam as funções materna e paterna, além de seus posteriores substitutos. Escutar o que ocorre na Cultura permite ao analista fazer uma leitura da ordem simbólica que, como Soler expressou, “apalavrou” (SOLER, 2020) o sujeito. É por meio desse “apalavrar” do Outro que o sujeito toma decisões como se fosse a partir de “si mesmo” ou ainda, como se fosse uma sina inevitável, quando, na verdade, é um caminho tomado, inconscientemente, que visa o reconhecimento do Outro, ainda que na consciência não saiba ou até se oponha a isso. Mais uma vez denotando a divisão subjetivas, os conflitos do sujeito apresentado por Freud desde o início de seus estudos sobre a histeria (FREUD, 1983-85|2019).

O famoso caso Dora (FREUD, 1905|2016), por exemplo, quando revisto por Lacan a partir do trabalho sobre a troca de mulheres de Lévi-Strauss, pode interpretar esse sistema de troca como a tarefa inconsciente de Dora (LACAN, 1953a|1998). De modo semelhante, o paciente com sintoma na mão, cuja família tem origem na religião islâmica e cujo pai havia sido acusado de roubo, revela como a pré-história desse sujeito e como o crime do pai, recai sobre ele mesmo inconscientemente, já que na religião islã o crime de roubo é recompensado com a perda da mão. Ainda mais radicalmente, no Seminário 1, no texto O lobo! o lobo!, foi deslocada a interpretação primeira de que aquela palavra fazia referência à imagem da mãe devoradora para uma interpretação de que aquela era uma expressão referida ao sistema totêmico e que representava a tentativa de criar um ideal de eu (LACAN, 1954|1979).

Dessa forma, a partir do momento que o psicanalista se insere em instituições ele passa a incidir não apenas no campo clínico, mas também no campo político, uma política

que deve se orientar pela falta-a-ser. É essa política que guia tanto as táticas do manejo transferencial, quanto as estratégias das interpretações analíticas, que tem como principal apontamento o real (SERPA & CALAZANS, 2009; LACAN, 1958|1998).

Segundo Freud, o processo cultural que se desenrola na humanidade é caracterizado pela luta entre Eros e pulsão de morte (FREUD, 1930|2011). Os analistas devem se posicionar apostando na vida, seguindo o conselho de Freud em oposição a pulsão de morte, pois se os comportamentos humanos autodestrutivos decorrem "da pulsão de destruição, então será natural recorrer, contra ela, ao antagonista dessa pulsão, Eros. Tudo que produz laços emocionais entre as pessoas" (FREUD, 1932|2010, p.430) favorece o apaziguamento das pulsões agressivas, seja contra o outro ou contra o próprio eu. O que justifica tentarmos entender as dificuldades das PVHIV em estabelecer relações amorosas em todos os níveis. Freud nos incentiva que "A psicanálise não precisa se envergonhar quando fala de amor" (FREUD, 1932|2010, p.430).

Foi orientado por essa ética e essa política, próprias à psicanálise, que o analista pode trazer contribuições práticas para a instituição ao qual foi inserido, uma organização da sociedade civil de apoio às pessoas vivendo com HIV. Na AMIRES, como é comum nessas instituições, havia uma programação corrente de "Reunião entre pares", onde era feita uma pequena confraternização com os usuários que vivem com HIV. O analista questiona não haver na programação uma confraternização que reúna pessoas vivendo com HIV e pessoas que não vivem com HIV, para que possam conviver juntos, no mesmo espaço e no mesmo momento.

Inicialmente houve uma resistência, de que poderia ser constrangedor para alguma PVHIV, ela poderia se sentir exposta. Ora, não foi proposto uma reunião com essas pessoas com identificação, o máximo que se saberia era que, ali, estavam reunidas pessoas com e sem infecção por HIV, juntas, tomando refeições e interagindo.

A proposta foi aceita e teve seus produtos. Pensando a política da Não-Toda, é preciso que os sujeitos aprendam a incluir e conviver não apenas com os pares, com os iguais, mas também reunirem-se com os díspares, os diferentes.

Antes da presença do analista na instituição, o profissional de psicologia responsável pelo acolhimento dos usuários, estendia seu atendimento enquanto o usuário apresentasse demandas relacionadas à sorologia positiva ao HIV, com um número máximo de sessões de atendimentos pré-determinados, até mesmo devido a preocupação de sobrecarregar a agenda do profissional na instituição, porém, com a entrada do analista, foi proposto a abertura de casos de exceção, para usuários desejos de um tratamento de

seu sofrimento psíquico, mesmo que não diretamente relacionado ao HIV. Nisso, a instituição, solicitando que houvesse espaço para os acolhimentos imediatos de novos usuários, recém-chegados na instituição e recém-infectados por HIV, atendeu prontamente.

3 QUESTÕES DO SUJEITO FRENTE AO HIV

O Outro (FREUD, 1923|2011; LACAN, 1960a|1998; ELIA, 2010; QUINET, 2012), que habita e que determina todos os sujeitos é constituído pelos ditos dos seus cuidadores e de seus substitutos, que ressoam dos complexos familiares e dos ordenamentos culturais que esses reproduzem sobre o proto-sujeito. O modo como a Aids e o HIV foram despejados na cultura, teve como efeito a estruturação de um discurso estigmatizante em relação ao HIV no psiquismo dos sujeitos de sua época e, consequentemente, daqueles que serão os sucessivos depositários d'Isso[30] (LACAN, 1960a|1998). O que parece mais urgente é pensar se o HIV, para além de sua função significante, tornou-se um signo de sentido previamente determinado. Gay nos lembra que de muitos âmbitos, "da religião, da política, da cultura, da tecnologia, da geografia, destes grandes auxiliares da explicação histórica, retêm, para mim, toda a sua validade independente, pois todos invadem e ajudam a modelar as mentes dos homens", logo, "toda a história é em alguma medida psico-história", mesmo que "a psico-história não pode ser toda a história" (GAY, 1989, p.13), por isso é feita sempre uma investigação de um lugar de não saber *a priori*.

Para entendermos isso melhor pesquisaremos agora a diferença de significante e de signo para, em seguida, tentar realizar uma análise do impacto do HIV e da Aids nos âmbitos coletivo e privado, com sua correlata estruturação discursiva sobre o tema nos nossos dias atuais. Será que houve uma evolução discursiva semelhante a evolução no que se referem às informações, aos métodos de prevenção e às tecnologias de saúde produzidas para as pessoas que vivem com HIV?

3.1 **HIV: significante ou signo?**

Ao longo do nosso trabalho usamos o termo significante, mas não o definimos, e isso é importante fazer, pois ele tem um sentido próprio dentro da psicanálise. Para o famoso linguista Saussure (1916-2006),

> "o sistema da língua é composto por um conjunto de signos. Por sua vez, cada signo se divide em duas partes: o material acústico (significante) e o conceito

[30] "O isso é concebido como um conjunto de conteúdos de natureza pulsional e de ordem inconsciente" (ROUDINESCO, 1998, p.399).

> (significado). Essas duas partes são unidas de forma arbitrária, através da convenção social estabelecida entre os falantes" (LANG, ANDRADE, 2019, p.107).

Para o linguista, cada palavra pode possuir um significado mesmo de modo isolado. Para a psicanálise, o significante precisa estar articulado, no mínimo, com um segundo significante para produzir alguma significação (LACAN, 1956-57|1985). Diferentemente, em relação aos signos, Lacan afirma que "os signos são plurivalentes: sem dúvida, representam alguma coisa para alguém" (1960|1988, p.854). A partir dessa breve explicação, justifica-se a nossa pergunta: o HIV se impõe como significante ou é um signo? Vamos fazer um escrutínio sobre como o HIV é discursado ao longo dos anos pelos recortes de entrevistas, programas de TV e manchetes jornalísticas.

Veremos uma massificação do horror, com ditos que insistem, e pouca circulação de informações novas sobre o vírus e as PVHIV, sustentando dúvidas e preconceitos na população geral, fazendo-as preferir manter o afastamento das pessoas vivendo com HIV como defesa, como sempre foi feito com os males humanos incompreendidos anteriores, como a lepra e a loucura (FOUCAULT, 1972|1978). Vejamos os relatos.

> A Aids avança. Numa era tão tecnológica, da chamada Medicina Moderna, parece uma das pragas da Idade Média. E, como na Idade Média, a sociedade se apressa em montar suas fogueiras. Queimar suas bruxas, exorcizar seus demônios, caçar os bodes. Quem serão os culpados? Claro, as vítimas, os gays. Os leprosos dos anos 80 (GOODWIN, 1983, p 2).

Essa infecção sexualmente transmissível é associada ao estigma de um castigo divino para comportamentos desviantes, como se sua alta taxa de mortalidade e a dificuldade de se combater o vírus atestassem um propósito de eliminação desses sujeitos por um Deus que, paradoxalmente, é descrito como sinônimo de amor e benignidade na Bíblia Sagrada (1 JOÃO 4:8). Nada mais descabido! Goodwin segue afirmando que os "Pregadores do Apocalipse e da Tradição, Família e Propriedade erguem seus brados com resquícios de "bem feito"", com bordões como "Vade retro, sodomitas!" nos evidencia de que "a melhor forma de repressão é a autorrepressão" (GOODWIN, 1983, p.2). Ou seja, bem de acordo com o ensino freudiano sobre os efeitos de uma internalização de falas e de interditos que compõem parte da "bateria de significantes" (LACAN, 1958|2016, p.21) no qual a criança está inserida, aquilo que se herda simbolicamente da

relação parental e seus substitutos e que irá constituir a instancia inconsciente do supereu[31] (FREUD, 1923|2011).

Nos jornais eram estampadas manchetes que incitavam ao medo como "doença misteriosa e mortífera" (O GLOBO, 21/06/1983), "mal do século" (O GLOBO, 21/12/1986), "Recente e fatal, Aids deixa brasileiros em pânico" (O GLOBO, 31/05/1987), "Aids será maior causa de morte em 3 anos" (O GLOBO, 27/01/1988) e muito mais. Além desses recortes do jornal físico popular, o trabalho de Barata (2006) destaca ainda a apresentação fantástica do HIV ao público geral nas suas duas primeiras décadas, por meio de um jornal televisivo ainda mais popular. Esses exemplos do que corria na mídia sobre o HIV podem nos ajudar a entender a estruturação dos discursos relacionados ao HIV, com ideias envoltas de estranheza e de medo, que não ficavam apenas na mídia, mas que eram, e ainda são, reproduzidas, internalizadas e passadas adiante pelos sujeitos.

Os exemplos abaixo demonstrarão essa relação de como o que ocorre dentro da cultura passa para os sujeitos, por meio do discurso do Outro internalizado, e como dos sujeitos retorna para a cultura, via reprodução dos discursos e dos comportamentos discriminatórios no nível da relação com os outros semelhantes, aqueles à sua volta, ou, pior, por ser agente desses estigmas e preconceitos num lugar de poder[32]. O Primeiro exemplo, retirado da Revista Veja de 1988, destaca a fala de uma menina de seis anos que, ao ver seu irmãozinho, ainda mais novo, brincando pelado, dispara: "vai correndo botar um calção porque a Aids pega pelo bumbum" (VEJA, 1988, APUD BRITO & ROSA, 2018, p. 754). Como segundo exemplo temos outro programa de televisão, esse voltado para o público infantil chamado "Domingo no Parque", onde, em um concurso de piadas entre crianças, um garoto por volta dos 10 anos se apresenta com a seguinte charada: "Por que o papagaio não pega Aids?" Resposta: "Porque ele só dá o pé" (TREVISAN, 2000, p. 402). Esse menino foi o que recebeu o prêmio de melhor piada.

Esses são dois exemplos são muito representativos, pois, embora pareçam inocentes, falas infantis são, na verdade, a manifestação do lugar e da cadeia associativa cunhada para o HIV: um mal que se recebe por via anal, ou ou seja, ainda que não se

[31] "Conceito criado por Sigmund Freud para designar uma das três instâncias da segunda tópica, juntamente com o eu e o isso. O supereu mergulha suas raízes no isso e, de uma maneira implacável, exerce as funções de juiz e censor em relação ao eu" (ROUDINESCO, 1998, p.744),

[32] Ser agente no lugar de poder significa falar de uma posição que estrutura subjetividades, uma referência direta ao Discurso do Mestre ensinado por Lacan onde o agente é S^1 (poder) e o outro é o S^2 (saber), um saber que serve ao agente (S^1) que se coloca inquestionável (LACAN, 1969-70|1992).

apresente de modo claro e direto, dá corpo a preconceitos diversos, contra o HIV e o associa a determinada prática sexual. A menina de seis anos tem uma informação incompleta sobre a Aids, já a teme, e passa isso para seu irmão menor, de maneira ainda mais quebrada. O pequeno-grande campeão de piadas alcança um número não mensurável da população, de várias idades, onde, de forma jocosa, produz riso sobre a pessoa que vive com HIV. A zombaria repercute numa dicotomia entre normais/saudáveis contra os ridicularizados doentes/praticantes do sexo não convencional.

Esses são exemplos de como discursos de segregação se constituem e se reproduzem como se fossem apenas bobagens, sujeitos tão jovens carregando falas de temor e zombaria sobre o HIV. Essas falas possuem conteúdos considerados anteriores ao período tido como "apropriado" para as crianças, já que, no geral, elas são protegidas dos temas de sexo, sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis até a puberdade. Exemplos que puderam ser destacados porque não ficaram restritos aos presentes na cena original, mas que foram transpostos para mídia, alcançando muitas subjetividades.

Como já foi dito, não é mera coincidência que as duas crianças associem o HIV e a uma determinada forma de prática sexual. Para deixar mais claro, voltemos a Foucault. Em A História da loucura (1972|1978), ele aponta que, o mundo ocidental tende a solicitar "encarnações do mal", figuras que representam o medo, o vazio e a morte. A punição e a segregação desses simboliza uma defesa e uma vingança contra esses males, como uma espécie de "Malhação de Judas" em escala maior. Foucault alerta que

> "Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem" (FOUCAULT, 1972|1978, p.10).

Debruçando-se sobre essa questão, Foucault chega a mencionar as infecções sexualmente transmissíveis como candidatas a assumir o lugar da lepra como símbolo do mal a ser evitado, já que até mesmo os "leprosos sentem medo" delas (FOUCAULT, 1972|1978, p. 11), porém, ele volta atrás quanto a essa ideia quando percebe que pelo menos esses doentes são recebidos nos hospitais gerais, coisa que não ocorria com a lepra.

Realmente, vemos com Trevisan (2018, p.124) que "a sífilis tornara-se a doença brasileira por excelência, tanto na casa-grande quanto na senzala", porém, longe de ser um mau assustador como a lepra, "a sífilis era tida como sintoma de virilidade, de modo que os homens ostentavam com orgulho os sinais sifilíticos presentes em seus corpos",

inclusive, “os rapazes sem essas marcas eram, ao contrário, ridicularizados e considerados virgens ou menos machos”. Ainda mais, “mesmo corroído por doenças venéreas e marcado pela sífilis, todo e qualquer homem ia rezar o terço e as ladainhas” (TREVISAN 2018, p.125) e andavam com seus “rosários, relicários, escapulários, patuás, e medalhinhas de santo no pescoço” (TREVISAN 2018, p.125).

Eis a grande diferença do HIV para as demais infecções sexualmente transmissíveis. Está na fileira dos representantes do mal como a lepra e a loucura, e talvez um lugar ainda pior, já que a lepra e a loucura eram excluídas socialmente, mas continham uma promessa de reintegração espiritual (FOUCAULT, 1972|1978). Já em relação às pessoas vivendo com HIV, os líderes espirituais/religiosos que predominam no país, acabaram por romper a ligação desses sujeitos com o divino, em uma ironia grotesca e até profana, já que uma das origens possíveis da palavra religião seria o termo em latim religare, algo como re-ligar.

Ao pecado do sexo não convencional ou sodomia, é tratado como digno de levar toda uma cidade à destruição divina, pecado que deve ser expurgado através do flagelo e da penitência. No entanto, a fornicação[33] e o adultério[34], que também são descritos como pecados crassos, tendem a ser suavizados a maioria das vezes pelos defensores da família e da tradição hétero-patriarcal. A sodomia, relação sexual anal, tão condenada com base no biologismo da reprodução, era praticada por casais heterossexuais para assegurar a “virgindade” da mulher, quase como se a penetração anal não fosse considerada sexo, afinal é o estado do hímen, conservado ou rompido, que determinaria se a mulher é virgem ou não, respectivamente (BLANC, 2010), e é ainda uma pratica comum entre os casais héteros pela simples busca de prazer, mesmo que os reprodutores dos discursos fundamentalistas finjam não saber e não participar disso.

Para adicionar mais uma problemática, cito outra questão: o sexo anal é chamado de sodomia pelo fato de que, na história bíblica das cidades de Sodoma e Gomorra, supostamente, elas teriam sido destruídas por Deus devido ao alto índice de pecado sexual, sobretudo, de homens com homens. Outrossim, há estudiosos que questionam essa interpretação e afirmam que o pecado de Sodoma e Gomorra foi a quebra das leis de hospitalidade, muito forte dentro da cultura judaica (FOLLIS & CARMO, 2011).Assim sendo, não seria o sexo de homens com outros homens que convocaria a ira de Deus e as suas maiores punições, porém, está assim estruturado no imaginário popular, e é assim

[33] Ato sexual de não casados.
[34] Ato sexual de pessoa casada com outra pessoa que não o seu cônjuge.

descrito no discurso do Outro, aquele que é dito de fora e é internalizado com grande força no sujeito, em nível inconsciente, alimentando a vergonha, a aversão e até a violência mundana contra esse tipo de gozo, o que também dá margem para associações estigmatizantes entre o sexo homossexual, sobretudo o homem gay receptivo.

Dabhoiwala (2013) fala ainda de um puritanismo onde a castidade é supervalorizada e a luxúria é condenada, apenas, para com as mulheres e os homens que, supostamente, assumem a posição delas nas relações sexuais. Apesar da toda revolução sexual, as condenações contra as práticas sexuais homoeróticas ainda têm forte conservação, e a associação do HIV com essa forma de gozo sexual reforçou os discursos reacionários contra homens gays e a sorologia reagente ao HIV. A Aids foi discursivamente construída como uma doença de grupos marginalizados específicos, de estrangeiros (haitianos), de usuários de drogas (heroinômanos), de pessoas com doença crônica (hemofílicos) e de profissionais do sexo (hookers), dando ao HIV o apelido de "doença dos 5H" e de "Câncer gay" (O GLOBO, 21/06/1983; 31/05/1987).

Essas associações lançaram as pessoas vivendo com HIV, daquela época e até hoje, em um lugar de pessoas desviadas, não apenas da boa conduta moral, mas, principalmente, como pessoas desviadas de Deus, por sua relação com o sexo não convencional, associado também ao uso de drogas e da prostituição. Essas pessoas seriam o alvo merecedor desse flagelo e, de início, as demais pessoas da população, as pessoas de bom comportamento, tementes a Deus, estariam, hipoteticamente, seguras. Talvez, por essa última ideia que "mulheres e meninas foram responsáveis por 50% de todas as novas infecções em 2020" (UNAIDS, 2021, p. 2).

Convenientemente, quando casais heterossexuais, em matrimônio, passaram a ser diagnosticados com HIV, não se condenou popularmente a infidelidade conjugal[35]. No lugar do discurso moral, levantou-se o debate sobre os comportamentos de risco, um giro discursivo que, de uma só vez, é menos segregacionista em comparação com o termo 5H[36], e que também encobre o flagrante comportamento desviante daqueles no poder que defendem a moral, a família e os bons costumes e que também são adúlteros, seja por relações fora do casamento com homens, com mulheres, com sujeitos trans ou um mix desses.

[35] Registrou-se um grande aumento no número de mulheres casadas que se descobriam com HIV.
[36] Grupos de pessoas inicialmente apontadas como vetores e vítimas do HIV: haitianos, hemofílicos, heroinômanos, homossexuais e *hookers* [prostitutas(os)].

O debate sobre comportamento de risco trouxe um novo termo, HSH (homens que fazem sexo com homens), que se refere a todo homem que pratica sexo homossexual, inclusive bissexuais e héteros "curiosos" ou "flex"[37], sejam solteiros ou casados. Porém, no senso comum, os homens "héteros" infiéis permanecem elididos, pois, percebe-se que HSH é entendido popularmente como o homem gay do imaginário de cada um, sendo esse o grupo que mais permanece associado ao HIV, mesmo 40 anos após a descoberta do vírus. No discurso dos líderes religiosos e políticos conservadores, o casamento e a abstinência são tratados como as garantias e blindagem contra o HIV, como se o enlace matrimonial fosse majoritariamente, ou, até mesmo, sumariamente, respeitado, quando, na verdade, o que vemos são escândalos sexuais nos partidos políticos conservadores do mundo (G1, 01/07/2022) e dentro de instituição religiosa que defende o celibato (AMORES SANTOS, 2016).

Apesar do gozo sexual entre homens não ser algo novo, raro ou prejudicial, a segregação dos que vivem essa prática é forte, sobretudo devido aos discursos orientados pelo saber religioso e pela lógica da reprodução biológica, como se as pessoas só fizessem sexo com a intenção de reprodução e não de prazer. Antes da colonização e mesmo no início dela, a sexualidade não era tão reprimida nas terras tupiniquins, até que, com as visitações do Santo Ofício da Inquisição, foram implementadas as mesmas censuras, lei e punição para o comportamento homossexual que na Europa, onde essa prática era considerada pecaminosa e criminosa pelo menos desde o século XVI (TREVISAN, 2018). As perseguições religiosas às práticas sexuais são como uma espécie de formação reativa (FREUD, 1926|2014) a uma sexualidade rejeitada que existe nos próprios perseguidores, algo denunciado no documentário Amores Santos (2016), já referenciado.

Ao avançar com nosso trabalho podemos perceber, de modo nítido, o forte enlace entre a homossexualidade e o HIV. Essas histórias se misturam, tendo em comum o fato de que ambos se opõem ao ideal do Outro, sim, com maiúscula, um Outro que não é apenas aquele de fora, pequeno outro das relações corriqueiras, mas uma oposição a um ideal que foi transmitido simbolicamente, internalizado, por uma fala capaz de produzir uma marca no sujeito, sujeito que é sempre da ordem do inconsciente, e que dali determina desejo e gozo de cada um. Desse modo, podemos entender que tanto a homossexualidade quanto o viver com HIV podem colocar em cena conflitos nas relações

[37] Esses dois termos são comumente utilizados para se referir a homens que se definem como héteros, mas que não tem prática sexual exclusiva com mulheres.

imaginárias[38], com os pequenos outros, bem como instaurar conflitos na Outra cena, no inconsciente, conflito com o grande Outro interno que habita o sujeito (LACAN, 1969-70|1992; 1953b|2005).

Os discursos discriminatórios se expandem em uma determinada direção porque os que estão nos lugares de poder (S^1), na política, na economia e na mídia, determinam o que é certo e o que é errado, o que pode e o que não pode, não para criar uma ordem, mas para constituir massas que o tome imaginariamente seus representantes como líderes (FREUD, 1921|2011) para assim ganhar poder e usufruir com exclusividade dos gozos por eles mesmos proibido aos outros (FREUD, 1932|2010). Para exercer essa dominação, os agentes desses discursos reacionários mantêm oculta as suas próprias divisões (LACAN, 1969-70|1992), que por vezes vem a público como grandes escândalos, em uma tentativa de manterem esse lugar de poder ao longo durante a vida e para as suas gerações futuras (LIMA, 2012).

Será possível elaborar e fazer vigorar discursos menos excludentes em relação ao HIV, tendo visto as informações aqui apresentadas? Afinal, percebemos que uma das características da cultura é a promoção de um "bode expiatório" contra o qual se joga a responsabilidade dos malefícios presentes no mundo. De tempos em tempos uma determinada classe de pessoas é colocada nesse lugar de exclusão e de condenação como destacado acima.

Quando aprendemos sobre o real no ensino de Lacan nos deparamos com a impossibilidade de um mundo onde apenas discursos politicamente corretos possam existir. Aprendemos com a psicanálise que a presença do furo é inevitável, e que todo discurso, seja qual for, é sempre dúbio, tudo que o sujeito ouve, ele pode reagir consentindo ou recusando. O objetivo desse destaque é demonstrar como mensagens discriminatórias e estigmatizantes podem ser enviadas e recebidas de modo mais ou menos direto, sejam recriminações claras ou piadas e insinuações, e que estão presentes em todos os lugares, no privado e no público, justificando a necessidade de se ofertar amplamente novas informações sobre o tema para que, caso o sujeito se depare com questões relacionadas ao HIV, o mesmo possa estar melhor instrumentalizado, com maior recurso simbólico, para lidar com os estigmas relacionados ao vírus, com o objetivo de que o HIV possa perder o seu valor de signo e não mais ficar preso a essa significância

[38] Dotado de sentido consistente, no nível das racionalizações conscientes, relação com o semelhante.

única e malograda, mas que possa deslizar na cadeia associativa, propriedade comum aos significantes.

3.2 **HIV como fonte do sentimento infamiliar e da angústia**

A segregação inicial na epidemia do HIV era justificada devido ao não entendimento dos processos daquele adoecimento, sua origem ou como combatê-lo. No entanto, a partir do depoimento da médica infectologista Marcia Rachid (referência) podemos passar a perceber essa separação como uma forma de manifestação pulsional (FREUD, 1921|2011). Segundo a Dra. Rachid, desde 1983 sabia-se que o HIV não era transmissível por convívio social (SUPERINDETECTÁVEL, 2020), o que nos deixa a questão: por que então esses doentes eram colocados em isolamento total? O *unheimlich*[39] freudiano que tem relação com o horror da morte (FREUD, 1919b|2010) talvez possa nos dar pistas.

Freud diz que esse sentimento retorna em maior grau quando emerge de algo que "aparece associado à morte" (FREUD, 1919b|2010, p.360), pois, desde os tempos primitivos, o homem "admitiu a morte também para si, mas contestou-lhe o significado de aniquilamento da vida" (FREUD, 1915c|2010, p.237) com a criação de um duplo de si mesmo (FREUD, 1919b|2010), que pode continuar a sua existência, seja na forma de uma alma, de um espírito ou por uma reencarnação. No entanto, dessa estratégia restou a possibilidade de ser assombrado pelos mortos, já que não são de todo aniquilados. A morte é da ordem do irrepresentável, associa-se com o que Lacan chama de Real[40] (1953b|2005), ela é algo que o sujeito não tem como assimilar, por isso a manifestação do infamiliar.

Além do sentimento de infamiliar, a Aids manifesta desvela a onipotência do desejo do Outro e, consequentemente, o desamparo do próprio sujeito, cuja posição de desejante é passada para a posição de objeto, provocando angústia (LACAN, 1962-63-2005; FREUD, 1926|2014). Em 1926 Freud escreve: "é a raiva, o castigo do supereu, a perda do amor deste, que o eu avalia como perigo e a que responde com o sinal de angustia", Freud prossegue, "a variante final dessa angústia ante ao supereu é a angústia

[39] Termo alemão sem tradução precisa, onde as mais recentes são inquietante, estranho e infamiliar, por conter um duplo sentido de algo familiar e que, ao mesmo tempo, causa estranheza, desconforto.
[40] Aquilo que afeta o sujeito e o sujeito não sabe o que fazer com. Que o atinge sem construção de sentido, sem antecipação, sem defesa, sem remediação.

diante da morte (pela vida), o medo da projeção do supereu nos poderes do destino" (FREUD, 1926|2014, p.82).

Ora, a "autoridade do pai ou dos pais, introjetada no Eu" (FREUD, 1924|2011, p.208-209) é reproduzida no inconsciente, nessa instância supracitada, o supereu. Toda a severidade e todos os poderes que eram atribuídos ao pai[41], ou ao seu representante, permanecem guardados nessa instância e dali continuam a atuar sobre o sujeito. Não apenas isso, há ainda a ação de uma "enérgica formação reativa" oriunda dos resíduos da primeira escolha objetal (FREUD, 1923|2011, p.42), que é sempre a mãe ou o seu representante, seja no caso de meninos ou de meninas (FREUD, 1925a|2011). Não à toa Lacan afirma que o que angustia os sujeitos é a presença do desejo do Outro (LACAN, 1962-63|2005).

O viver com HIV parece ser um fenômeno capaz de eliciar tanto o infamiliar quanto a angústia. Freud conclui que, além dos elementos relacionados com a morte, o infamiliar pode surgir "quando complexos infantis recalcados são revividos por meio de uma impressão ou quando crenças primitivas *superadas* parecem novamente confirmadas" (FREUD, 1919|2010, p.371), onde, na verdade, ambos não se diferenciam muito, pois "as crenças primitivas se acoplam no mais íntimo aos complexos infantis e, de fato, neles se enraízam" (FREUD, 1919|2010, p.371). Parece ser comum o HIV ser lido como um destino em consequência à um desagrado ao pai ou ao seu sucessor por excelência, o supereu, ou ainda, e, em último grau, um desagrado ao Deus-Pai.

O HIV pode provocar angústia porque recoloca o sujeito diante da questão do desejo do Outro sobre ele. Identificado ao vírus, o sujeito se pergunta se, tal como o vírus é um elemento excluído, se ele próprio também ficará sem espaço para existir nas relações. A imagem previamente constituída teve a intromissão de um novo significante, um significante altamente holofrasado[42] com outros significantes pejorativos (doença-dos-5-H, câncer-gay, representante-do-mal-na-terra), um significante com valor de signo, aquilo que significa algo para alguém, nesse caso, signo de algo que deve ser mantido afastado (pessoa de comportamento desviante, ofensora de Deus).

O HIV é um assunto tabu, não deve ser nem mesmo mencionado, e a sua incorporação torna o sujeito um objeto profano, que não deve ser tocado e nem mantido

[41] Esse pai de que falamos não é necessariamente e pai biológico, ou pai presente, é a função de pai, figura que instaura lei, limites, cortes, o que castra, mas também abre caminhos para o desejo.
[42] Significantes colados, que não deixam espaços para o furo, sem intervalo, que não se descolam nem se reorganizam na cadeia associativa.

perto (FREUD, 1913|2013). A imagem antes construída pode vacilar, relançando o sujeito às voltas, mais uma vez, com a questão "o que o outro quer de mim?" ou "quem sou eu no desejo do outro?". Pergunta que está lá no início do processo de estruturação do sujeito, que terá que rever sua resposta a partir do momento em que é atravessado pelo significante HIV, devido seu valor de signo profano. É o HIV esbarrando contra os resíduos constitutivos deixados pela primeira relação objetal do sujeito e abalando sua estruturação.

O HIV é um significante capaz de fazer o sujeito passar de objeto causa de desejo para o outro para objeto dejeto, descartado, por isso pode ser entendido como tendo valor de signo, de possuir um significado *a priori*, pouco dialetizável. As pessoas vivendo com HIV, com a Aids manifesta, relatam a vivência de um sentimento que se traduz no infamiliar freudiano, assim como relatam o afeto da angústia só de pensar em falar sobre sua sorologia com alguém ou de a mesma ser descoberta inadvertidamente, sobretudo nos tempos iniciais em que recebe seu diagnóstico. O que chama atenção no caso do HIV é o fato de que, mesmo depois de 40 anos desde o início da epidemia de HIV, os sentidos relacionados ao vírus, pouco ou nada deslizou. "As mentes humanas, mesmo suas mentes inconscientes, modificam-se ao longo do tempo e diferem de acordo com a classe" (GAY, 1989, p.39). Com o advento da internet, percebe-se que essa plasticidade usualmente ocorre de modo muito mais célere, mas no caso HIV, porém, permanecem os sentidos muito semelhantes do início da epidemia nos anos 89 e 90, como já apresentado pelas manchetes de jornais e o trabalho do ativista Volpe (2016) que destacamos nesse trabalho.

3.3 **PVHIV: de um Outro ao outro**

O fato é que o discurso que impregnou a cultura e que encheu parte do baú de tesouro dos significantes (LACAN, 1957-58|1999), o Outro, em relação ao HIV, é o de medo e o de repulsa, tanto para o vírus quanto para os seus "portadores", como antes eram chamados. A despeito de toda evolução das tecnologias de tratamento, os discursos iniciais a respeito do vírus e das PVHIV permanecem fortes, e podem fazer o sujeito vacilar diante do O/outro (tanto no sentido de grande Outro que o habita, quanto dos pequenos outros à sua volta) ao ser identificado como uma pessoa vivendo com HIV, devido a estigmatização construída sobre o vírus e sobre os sujeitos que com ele convivem.

Podemos pensar a estigmatização como parte do discurso do Outro, e a discriminação como a manifestação em ato desse discurso estigmatizado. O eu se estrutura tentando responder a um ideal. O eu quer ser amado. Saber disso é suficiente para começarmos a entender a complexidade de um eu estar associado a um significante tratado como algo profano no discurso dominante. Assim, o significante HIV faz uma separação de grupos, sujeitos positivos e sujeitos negativos ao HIV, com todas as suas consequências imaginárias, o que inclui a agressividade e a segregação (FREUD, 1921|2011). A principal defesa, no caso das PVHIV, é o isolamento, ou seja, o sujeito vivendo com HIV, para evitar ser excluída pelas pessoas que tem sorologia negativa ao HIV, tendem a isolarem-se como uma ação preventiva de proteção. Mas essa ação não é sem consequências para o sujeito e não tem a menor eficácia contra o grande Outro, como chega a parecer ter com os pequenos outros. Uma frase de Quinet esclarece a dupla incidência do O/outro sobre todo ser falante: "O "eu" está para o outro assim como o "sujeito" está para o Outro" (QUINET, 2012, p.11), ou seja, o Outro, enquanto discurso inconsciente, atua de dentro do sujeito, e o outro, enquanto semelhante, atua de fora, sobre o eu, que se mistura tão intensamente no eu, com intensidade suficiente para gerar inúmeros conflitos nos falasseres.

Perceber a força e a constância dos estigmas e dos preconceitos relacionados ao HIV presentes depois de tanto temo, a despeito de toda evolução das tecnologias de saúde, ajuda na compreensão do que Elia (2018) diz em seu texto O Inconsciente Público e Coletivo, onde, referenciando-se em O eu e o isso de Freud (1923|2011), descreve que quando ocorrem experiências repetidas em muitos eus, em diferentes gerações, essas experiências acabam por extrapolar o âmbito privado daquele sujeito, e passam a ser uma experiência do Isso, ou seja, coletiva, que penetra e se fixa no discurso do Outro, incorporado na herança simbólica por meio da repetição trans-geracional (histórica). O autor correlaciona esse trecho do O eu e o isso de Freud com o que Lacan afirma em seu Seminário de número 11, onde diz que "a realidade do inconsciente é transindividual", composto por "muitas vozes" (ELIA, 2018; LACAN, 1963-64|1973). Logo, no sujeito constituído, aparece algo desse coletivo, transmitido pelo Outro, e aparece algo de único e particular do sujeito, simultaneamente. Gay (1989) escreve: "o legado social pode ser internalizado como se fosse algo próprio do sujeito, que na verdade foi transmitido pela instância crítica dos pais e dos seus substitutos" (p.122) e afirma que "os filhos de pais preconceituosos entendem como recompensador crescer como um preconceituoso" (p.112). Ainda que possam haver sujeitos que se desviem desse destino, devido aos efeitos

erráticos da pulsão, o conceito atual de fragilidade branca[43] demonstra a força dessa lógica. Como há transmissões que vão para além dos significantes contidos na mensagem e na contra mensagem, há transmissões que é da ordem da estrutura, mais rígidas e menos propensas a deslizar. Soler destaca isso ao comentar as duas "diz-mensões" da fala contidas no ensino de Lacan.

Há casos de sujeitos que, após a infecção por HIV, passam a responsabilizar o HIV por quaisquer mazelas ou acontecimento que considerarem negativo nas suas vidas, mesmo que não tenha nenhuma evidência de relação direta entre uma coisa e outra. O vírus poderá ser utilizado como justificativa imediata para as possíveis inibições, sintomas e angústias presente nesses sujeitos (FREUD 1926|2014), o que pode dificultar uma análise mais profunda desses processos que já poderiam estar predeterminados ou até mesmo já manifestos, anterior ao diagnóstico de HIV. É preciso investigar para além do vírus para enfraquecer essa cristalização de sentido em relação ao HIV e fazer um corte nessa equivalência entre o sujeito e o vírus com o qual ele vive. A análise deve sempre buscar, em tudo quilo que afeta o sujeito, fios de conexão com seus conteúdos pregressos, pré-histórico e infantil (FREUD, 1917|2014).

Com o HIV não é diferente. Há algo em que ele esbarra no sujeito inconsciente, na sua constituição, na sua estruturação. O HIV, na verdade, tende a intensificar sintomas subjetivos que já estavam presentes no sujeito, sintomas que não costumam ser inéditos, ou, ainda que sejam, já estavam ali predeterminados, só esperando uma situação desafiadora para eclodir. Por exemplo, nos sujeitos neuróticos vivendo com HIV, será perceptível os tradicionais modos de se relacionar com Outro, seja como culpado por um gozo a mais ou como vítima do gozo do parceiro imaginário, paradigmas dos tipos clínicos da estrutura de personalidade neurótica, obsessivo e histérico respectivamente (RIBEIRO, 2011; FERREIRA & MOTTA, 2014). Os sujeitos também continuarão a utilizar os seus mecanismos de defesa habituais (FREUD, 1926|2014), como isolamento, negação e formação reativa.

A primeira defesa citada acaba sendo uma resposta mais típica, generalizada, ao HIV, pois há o forte incentivo cultural, compreensível, para não se revelar como pessoa vivendo com HIV[44]. Isso promove movimentos de afastamento físico e emocional, o que

[43] Estado em que mesmo uma quantidade mínima de estresse racial se torna intolerável desencadeando uma série de movimentos defensivos para manutenção dos privilégios Branco (DiAngelo, 2018).

[44] O direito ao sigilo já foi determinado em 1989 na Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids e ratificado com a aprovação do Projeto de Lei 7658/14 em dezembro de

não é sem efeito para o próprio sujeito vivendo com HIV, quem tendem a ter maior índice de ansiedade e depressão em relação a população geral (BRASIL, CFP, 2020). Por isso as ONGs/Aids se colocam como representantes institucionalizados dessas pessoas e de seus interesses, e seus profissionais precisam estar dispostos a emprestar seus rostos e seus corpos à causa, independente da sorologia ao HIV de seus membros, e falar publicamente sobre essas questões, evocar esse debate. Falar sobre o tema para contribuir para a dissolução dos tabus relacionados ao HIV e assim ajudar a romper com as determinações desse não dito que sustenta os vaticínios dos primeiros anos dessa IST para até os dias de hoje.

Quanto à negação, ela se apresenta como recusa em aderir ao tratamento, como se fosse possível negar os efeitos do HIV sobre o corpo. Sem o tratamento a Aids irá se manifestar e será necessário retornar ao tratamento para recuperar a saúde do sistema imunológico e restaurar a vitalidade. É um mecanismo muito preocupante, haja visto que, as interrupções no tratamento podem favorecer a resistência do vírus aos medicamentos que eram utilizados, chamados de esquema, e não há muita variedade de esquemas possíveis. A troca de um esquema de tratamento também pode levar a nova etapa de adaptação à efeitos colaterais e até pode ocorrer de aparecerem efeitos colaterais permanentes, que só o esquema "queimado" poderia evitar.

A formação reativa pode ser inferida quando o sujeito, em vez de cuidar de sua saúde, se lança em mais comportamentos desregrados e nocivos, inclusive de passar o vírus HIV adiante como que tomado por uma revolta. O HIV é um elemento privilegiado para fazer eclodir predisposições neuróticas porque, ainda hoje em dia, devido à falta de difusão de informações atualizadas sobre o HIV, as pessoas no geral pensam no HIV como sinônimo de aproximação imediata com a morte, como signo de algo profano e, como vimos, fonte do sentimento infamiliar e do afeto da angústia, ao mesmo tempo que serve aos desígnios de castigo do supereu, como se fosse por ação externa do destino.

Hoje, diferente das primeiras infecções sexualmente transmissíveis citadas por Foucault em A História da Loucura (1972|1978), percebe-se que o HIV e a pessoa que com ele vive, está dividindo com a loucura, esse lugar de exclusão, daquilo que não se pode misturar por ser perigoso e herege, conferindo ao HIV uma marca de estranheza e de desamparo diante do Outro que não é nova, pois no mundo sempre existiram

2020, como forma de proteger as PVHIV de serem expostas por terceiros, sendo a exposição considerada perigosa devido os efeitos dos estigmas e preconceitos relacionados ao HIV.

significantes que funcionavam como signo de exclusão, de sinal para manter-se afastado, conforme o caso da lepra e da loucura, segundo Foucault (1972).

Após o escrutínio da cadeia significante colada e cheia de significância no qual o HIV se cristalizou e a subsequente análise do sentimento infamiliar e do afeto da angústia que o HIV pode despertar, não é difícil intuir como que o atravessamento por esse significante pode ser nocivo para os sujeitos em suas relações consigo mesmo e com os outros. Percorrendo a história midiática do HIV percebemos os sentidos que esse significante recebeu: câncer gay, doença dos 5H, misteriosa e mortífera, fatal, mal do século, maior causa de morte em anos, pânico e muito mais. Após a construção desses sentidos, o tratamento contra o HIV evoluiu, porém, o debate sobre o tema é proscrito e só resta os alertas aos perigos de se infectar com o HIV e, como já foi dito, somente em momentos culturais muito pontuais, como o carnaval no Brasil.

Parece um movimento muito semelhante ao que defende a não educação sexual dos jovens, como se ensinar aos jovens o sexo seguro fosse uma autorização para se viver uma vida desregrada e vexatória, quando na verdade, a educação sexual iria dar mais autonomia e responsabilização para os jovens em suas vivências sexuais. Com a falta de informação eles não deixam de praticar o sexo, mas o fazem de modo mais imaturo, inconsequente, irresponsabilizado. Do mesmo modo, informações sobre as novas formas de prevenção contra o HIV e sobre como o tratamento atual permite uma vida longa e de qualidade, inclusive deixando a pessoa que vive com HIV intransmissível, parecem vetadas de ampla divulgação porque falar sobre elas seria o mesmo que incentivar uma libertinagem irrepressível, quando na verdade, permitiria viver a sexualidade com menos riscos e contribuiria para diminuição dos estigmas e dos preconceitos relacionados ao HIV. É urgente a produção de novos discursos para a geração vigente e as futuras sobre o HIV.

Após os sentidos relacionados ao HIV serem apresentados, nos voltamos para seus efeitos. Aprendemos com Freud que, além de temas relacionados com a morte, crenças animistas não superadas e acopladas aos complexos familiares infantis retornam como sentimento infamiliar. Essas crenças animistas tendem a sobreviver como superstições, fé religiosa ou no olhar e na voz do supereu. Muitas vezes o diagnóstico de HIV esbarra nesses complexos infantis e animistas como se a infecção por HIV significasse que esse sujeito teve comportamentos considerados maus e o HIV sobreveio como castigo ou penitência solicitados por esses poderes superiores incompreendidos acima citados (a

entidade supereuóica, a divindade religiosa ou por meio das superstições espiritualistas/energéticas).

O impacto do HIV é sentido, sobretudo, no momento em que se recebe o diagnóstico. Os relatos, em sua maioria, contêm a descrição de uma sensação súbita de aproximação da morte, ainda que hoje haja meios seguros de se viver com o vírus. Se qualquer tema relacionado com a morte é capaz de produzir o sentimento infamiliar, imagine a ideia de uma morte que vem, não pela aleatoriedade da vida ou pela decrepitude do corpo por uma existência prolongada, mas como um julgamento, um atestado de reprovação do pai e seus representantes substitutos, o Deus-pai, o universo, o supereu[45].

No que se refere à angústia, vimos que a sua manifestação é como um relançamento do sujeito diante da seguinte questão: qual o meu lugar no desejo do Outro? Quem sou eu no desejo do Outro? Segundo a psicanálise, essa é uma questão primordial e fundamental na estruturação psíquica dos sujeitos. É a questão que todo sujeito se vê às voltas, e que na tentativa de dar uma resposta, afiam-se em um ideal fantasísticamente construído, ou seja, uma construção que leva em conta o aspecto imaginário e o aspecto simbólico, que juntos dão consistência a uma imagem para o sujeito na qual ele é capaz de se reconhecer e ofertar ao Outro. Essa imagem é construída com a participação do Outro, como um presente para esse Outro. Essa imagem construída já é claudicante por si só, pois não há imagem que se produza que seja capaz de satisfazer e completar o Outro. A intromissão do significante HIV costuma ser sentida como um grande dano nessa imagem, fazendo com que ela fique com uma marca que definitivamente a impede de alcançar a imagem ideal. Como ideal, o sujeito está desde sempre impossibilitado de chegar alcança-lo, porém, a crença de que essa impossibilidade é imposta pelo vírus HIV e não pelo real descrito por Lacan tem seus efeitos.

Identificado ao vírus, o sujeito cai do lugar de objeto *a* na vertente de causa de desejo e passa para o lugar de objeto *a* na sua vertente de objeto dejeto, de uma imagem para presentear o Outro à uma imagem profanada e profanadora, que será rejeitada pelo O/outro *a priori*. Essa sensação é mais intensa assim que s recebe o diagnóstico, porém, se não for elaborada poderá determinar o sujeito para manifestações da pulsão de morte sem entrelaçamento com Eros. Nesses casos são comuns críticas e recriminações atribuídas aos sujeitos, por eles mesmos, valendo-se de significantes associados popularmente ao vírus como algo da ordem do sujo, do pecado/crime. Alguns podem ter

[45] Referimo-nos aqui aos casos de infecção por HIV sem intenções conscientes, diferente de casos que serão mencionados mais adiante que evidenciam infecções conscientemente adquiridas.

essa associação de ideias apenas no nível inconsciente, e em vez de o HIV trazer culpa sobre o próprio sujeito, ele projeta essas recriminações no O/outro. Veremos a frente mais formas de o HIV participar dos mandatos supereuóicos.

Sentindo-se mais deslocado de sua imagem ideal e, não raro, vivendo atos de discriminação e se isolando ou sendo evitado como um receptáculo amaldiçoado (FREUD, 1913|2010), o sujeito tem sua identificação com vírus fortalecida. Freud já havia nos falado sobre esse fenômeno, sobre sujeitos que se agarram ao seu sintoma (FREUD, 1926|2014) e voltam-se para si mesmos. Tematizando a hipocondria no texto Introdução ao narcisismo (FREUD, 1914|2010), Freud discrimina como o sujeito apegado à sua doença rompe relações libidinais com o outro e volta sua atenção para si. Em outro de seus trabalhos Freud escreve: "o sintoma gradualmente se torna o representante de importantes interesses, adquire valor para a afirmação de si, entrelaça-se cada vez mais intimamente com o eu, torna-se imprescindível para ele" (FREUD, 1926|2014, p.30). Essa passagem esclarece declarações como "se saísse uma cura para o HIV hoje, eu já nem sei como eu viveria[46]". E não para por aí, Freud segue: "Pode-se também exagerar o significado dessa adaptação secundária ao sintoma, dizendo que o Eu o adquire apenas para gozar de suas vantagens" (FREUD, 1926|2014, p.30).

Inicialmente, usando de pensamento lógico, essa construção acima seria impensável no caso do HIV, vírus impossível de se eliminar do corpo e tão estigmatizado pelo discurso do Outro. No entanto, em um mergulho nos fenômenos culturais relacionados ao HIV, encontramos a roleta russa, o *bug chaser*, o *gift giver*, e, ainda, os carimbadores[47] (BEZERRA, 2019), o que nos atesta que há processos até conscientes de transmissão e recebimento do vírus, o que nos autoriza a pensar sobre as intenções inconscientes de aquisição do vírus, sobretudo como forma de castigo por preconceitos internalizadas via discurso do Outro (NUNAN, JABLONSKI & FÉRES-CARNEIRO, 2010). Lembremos que "as pulsões são maleáveis e estas incorporam traços da família,

[46] Declaração de uma mulher vivendo com HIV que participa das lutas dos movimentos sociais em favor das PVHA.

[47] Roleta russa é o encontro sexual coletivo onde estão presentes sujeitos positivos e negativos ao HIV, não identificados, e que se pratica sexo sem proteção. *Bug chaser* significa caçador de inseto e é o apelido dado às pessoas que intencionalmente buscam se infectar com HIV, seja para se sentirem pertencentes a um grupo, para se livrar da angústia que a ameaça do HIV pode produzir na vida sexual do sujeito (mais fácil viver com o HIV do que com o medo de viver sua sexualidade) ou seja para se rebelar contra o sexo seguro, sobretudo, a camisinha. *Gift giver* é o sujeito que vive com HIV que é colocado/se coloca como doador do presente (o vírus HIV), e o carimbador é o que passa o HIV adiante intencionalmente, mesmo para quem não o busca. Esses são sujeitos distintos dos que aqui discutimos, pessoas vivendo com HIV que são infectadas de modo não intencional, não consciente.

imposto pela tutelagem prolongada de que o humano necessita e também pelo fato de ele absorver as informações de seu meio visto ser um animal predominantemente cultual" (GAY, 1989, p.82-83), logo, perante os conflitos relacionados ao HIV, como em qualquer outro, o modo de lidar com eles "depende fortemente da influência da autoridade, do ensinamento religioso, da educação e das leituras feitas e claro, do sentido que o sujeito dá a esse material que serão utilizados como peças pelos próprios processos psíquicos" (GAY, 1989, p.85).

3.4 **Necessidade de castigo e o HIV**

A já mencionada instância psíquica chamada supereu é um conceito que

> nasceu sob dupla exigência. Em primeiro lugar, clínica, dando inteligibilidade aos rituais expiatórios dos obsessivos, ao auto-sacrifício histérico, ao martírio auto-infligido do melancólico e às vozes condenatórias das alucinações paranoicas. [...] Em segundo lugar, teórica (GEREZ-AMBERTIN, 2003, p.10).

O Supereu é uma instância que castiga sem referir o crime, por isso é comum os sujeitos afirmarem sentimento de culpa sem conseguir apontar a razão de tal sentimento, que está relacionado a registros inconscientes, mais especificamente, relacionado com as pulsões libidinais originais do incesto e as pulsões agressivas originais do parricídio[48]. Esses crimes originais ficam encobertos, o que deixa a culpa ininteligível e propensa aos efeitos dos mecanismos inconscientes que pode deslocar essa culpa para outras direções mais racionalmente inteligíveis, mas que na verdade é um desvio da sua fonte original. É essa culpa que aciona os tipos de caráter, como o das exceções, onde a culpa é projetada para fora, a dos que fracassam no triunfo, que impede as realizações do sujeito, e a dos que delinquem por culpa, que leva o sujeito a realizar atos reprováveis como pedido de castigo por esses crimes inconscientes. Não raro, comportamentos sexuais de risco relacionam-se com esse tipo de caráter, levando o sujeito a se infectar com o vírus.

No caso das PVHIV, é comum esses sujeitos atribuírem os seus sentimentos de culpa ao fato de viverem com o HIV, conjugando um casamento perfeito entre culpa e HIV, que, no entanto, precisa ser ultrapassado no processo analítico, para chegar a apontar para a culpa universal que está relacionada ao incesto e ao parricídio, ou seja, que de alguma maneira está referida a trama edípica do sujeito (FREUD, 1924|2011). Desse modo, é importante levar em consideração os efeitos negativos do HIV sobre o sujeito

[48] Culpa universal: incesto e parricídio (FREUD, 1923|2011).

sem esquecer que se deve ultrapassá-lo, evitando o risco de colocar o HIV como justificativa maior para todo sentimento de culpa e para todos os comportamentos autodestrutivos do sujeito que vive com HIV. A pessoa vivendo com HIV costuma se ver e ser vista como degradadora da lei, vindo a se isolar ou a ser excluída do laço social como ocorrem com todos os temas considerados tabus. A pessoa que vive com HIV muitas vezes se trata e é tratada como se ela e o vírus fossem uma coisa só.

Para entender o uso que o supereu pode fazer do HIV precisamos não perder de vista que ele pode se manifestar na vida dos sujeitos como

> compulsões irrefreáveis, coerções inexplicáveis, obediências masoquistas, [...] práticas autodestrutivas silenciosas ou estrepitosas, atos expiatórios e sacrifícios ligados a culpas infundadas, estrondosos fracassos como resposta ao êxito, estranhas pioras em momentos de franca melhora, delitos cometidos para obter castigos que apaziguem obscuras culpas, crimes sem motivação, covardia moral... [...] Inclemências engastadas ao destino [...] *imperativo a gozar* que, cúmplice do pior do pai, precipita ao fracasso e ao aniquilamento (GEREZ-AMBERTIN, 2003, p.19-20).

Com os apontamentos desse subcapítulo já é possível perceber a íntima relação entre supereu, culpa e castigo, sendo importante diferenciá-los. O supereu espelha a lei paterna em sua face mais severa, e essa instância psíquica fortalece sua coerção e castigo a partir de pulsões agressivas represadas, direcionando essa agressividade contra o próprio eu (FREUD, 1930|2011). O castigo vem como uma resposta às recriminações supereuóicas. O castigo serve para trazer satisfação para essa instância pela culpa original que fica encoberta. Essa culpa é desviada para fenômenos de menor importância em prol de um sentido lógico, mas que seja distante da verdadeira causa, ou a culpa do sujeito pode ser projetada para terceiros, o que não impede a manifestação da culpa muda nele. Esse deslocamento e essa projeção mantêm a falta original secreta, no inconsciente, e permite ao supereu continuar atuando, convidando a produzir incessantes reivindicações de reparação, impõe impossibilidades de sucesso e a novos castigos auto impostos para apaziguar a culpa que sempre retorna.

Referindo-se às instâncias psíquicas, Freud escreve que "Pode-se dizer que o Isso é totalmente amoral, o Eu se empenha em ser moral e o Supereu pode ser hipermoral e torna-se cruel" (FREUD, 1923|2011, p.51). Essa crueldade supereuóica relaciona-se com o que Freud chamou de culpa muda no texto O eu e o isso (1923|2011) e que Gerez-Ambertín comenta como uma culpa "que não tem expressão no eu nem na angústia de Consciência Moral [...]. Na culpa muda, em compensação, há apenas uma busca

compulsiva e silenciosa da satisfação do castigo de padecer" (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.115).

Seja devido à culpa consciente, aquela que o supereu provoca na percepção do eu, seja pela culpa inconsciente, aquela relacionada ao incesto e ao parricídio, é por meio da formação dos traços de caráter que a culpa muda pode encontrar sua expressão. Freud deixa claro que, nem o recalque nem o retorno do recalcado participam da formação do caráter. Os traços de caráter originam-se a partir de fixações pulsionais infantis, facilitados pela disposição perversa polimorfa da criança. "Os traços de caráter serão vinculados ao supereu pelo inoperável do recalque, pela fixação pulsional e pela formação reativa" (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.70). Essas formações de tipos de caráter têm como objetivo participar da promoção da satisfação por castigo do supereu, empurrando o sujeito para ações perigosas. Através dos três tipos de caráter descrito por Freud (1916|2010), a saber, as exceções, os que fracassam no triunfo e os criminosos por sentimento de culpa, podemos vislumbrar para quais caminhos a culpa muda pode direcionar os sujeitos, quer algo dessa culpa alcance o consciente, quer não.

O primeiro, o tipo das exceções, é manifesto como reivindicação, onde o parceiro imaginário é colocado como culpado, como uma projeção da culpa inconsciente do sujeito em ações de qualquer natureza do parceiro (a). Esse tipo de caráter empurra o sujeito, inconscientemente, a se colocar em situações controversas, fazendo o sujeito se colocar repetidamente em situações de vitimação.

O segundo tipo, os que fracassam ao triunfar, sofrem os efeitos do supereu, que exige um castigo pela culpa que ele mesmo imputa, como sentimento de fracasso em lugar de sentimento de culpa. A culpa muda impele o sujeito para, toda vez que ele se aproximar de uma possibilidade de sucesso, fracassar quase que inexplicavelmente, como uma obra do destino, cair, adoecer, cuidar de uma emergência de terceiros... as possibilidades são infinitas.

O terceiro, os que delinquem por culpa, descreve uma culpa grande e anterior, levando o sujeito a praticar uma infração para que seja castigado e possa ter sua culpa aliviada. Mas como essa culpa é um desvio da culpa original presente apenas no nível inconsciente, a pacificação durará um curto período de tempo, e será necessário um novo castigo, logo, mais um crime/pecado.

Esses tipos de caráter atestam a crueldade da herança supereuóica, do pior do pai, do pai rival, de sua face devastadora, em contraposição ao pai do dom, a face amorosa, do ideal do eu. Ao contextualizar a cena em que ocorrem os seus dramas, e através das

repetições de significantes e de elementos comuns, é possível que o analista reconheça o tipo de caráter que mobiliza a culpa dos pacientes e o modo como buscam satisfazer a necessidade de castigo do supereu: doando-se em sacrifício para ser vítima, fracassando diante de triunfos eminentes ou delinquindo para receber castigo do outro e apaziguar temporariamente a culpa. Conhecer os tipos de caráter nos ajuda a compreender melhor a afirmação do subcapítulo anterior sobre a possibilidade de questionar intenções inconscientes para a aquisição do vírus, como forma de castigo, para satisfazer a exigência do supereu, afinal, como Rouanet observou: "o supereu é o verdadeiro veículo da tradição. É através dele que se transmite julgamentos de valor, geração após geração" (ROUANET, 1985, p.160), e esses participarão dos conflitos do sujeito que convocarão esses castigos incompreensíveis pela via da lógica racional.

Cada sujeito vivendo com HIV vai incluir o vírus, enquanto marca de exclusão, no seu drama à sua maneira, por exemplo: na histeria predomina a culpa no nível inconsciente, pois, a posição de excelência do histérico é a de vítima, a culpa não recai sobre seu eu, em vez disso, faz reivindicações diante daqueles no qual se oferece em sacrifício. No obsessivo, ao contrário, há a presença de uma hiperexpressão de culpa nos dois âmbitos, consciente e inconsciente. Elas atuam no obsessivo de modo mais explícito, no sentido de danos que emergem quase que inexplicavelmente, de modo aberrante, muitas vezes sem razão aparente. Na melancolia o eu se confessa hiperculpado também, e recebe passivamente a culpa com grande delírio de indignidade, de insignificância, diferente do obsessivo que, mesmo com a presença de grande sentimento de culpa, tenta defender-se por meio da racionalização e através de medidas de precaução. O obsessivo oscila entre compaixão e ódio a si mesmo, entre o auto martírio e a martirização do parceiro. No melancólico o alvo de tais martírios será sempre o próprio eu. Segundo a autora Gerez-Ambertín (2003), o delírio de perseguição e de ser notado da paranoia também pode ser entendido como manifestação de culpa inconsciente, assim como a manifestação do impedimento que ocorre nas fobias.

Compreendemos a partir disso que, em todos os sujeitos, inclusive nos que vivem com HIV, existe um sentimento de culpa de antemão, porém, no caso dos que vivem com HIV, o vírus, com frequência, ocupa um lugar de bode expiatório para essa culpa universal (incesto/parricídio). O HIV cumpre a função de dar nome para a culpa que o sujeito carrega, assim como a função de saciar a necessidade de castigo por essa culpa original. Sentindo-se um condenado, o próprio sujeito se isola e, no geral, admite, no máximo, relações superficiais, para evitar a exposição de sua sorologia e,

consequentemente, a possível reação negativa que as pessoas podem ter ao saber dessa sorologia, que é incentivada a ser mantida como segredo, o que tem a sua função de proteção por um lado e, por outro, contribui para a manutenção do tema como tabu.

É comum o relato de um embaraço com a atividade sexual, ou na forma de uma recusa à sua prática, ou como um descarrilamento do seu exercício, porém, é o enlace amoroso o que mais costumeiramente é rejeitado com mais intensidade e por um maior período de tempo. É como se o sujeito vivendo com HIV se questionando algo como: "Será que ele(a) vai continuar comigo quando souber que vivo com HIV?", uma reformulação tardia da famosa pergunta do conto O diabo enamorado, de Jacques Cazotte, usada por Lacan e já citada como inaugural a todo sujeito: "Que queres (de mim)?".

Mas e os sujeitos que nascem com HIV ou que são infectados enquanto lactante? Nesse caso não haveria qualquer relação do HIV com a culpa, correto?

Vamos começar lembrando que a culpa, consciente ou inconsciente, é nutrida pelo supereu, instância inconsciente que pode provocar percepções no eu, e que ele mesmo, o próprio supereu, exige castigo pela culpa que ele alimenta. Escrevendo sobre um trabalho realizado com jovens que vivem com HIV por transmissão vertical[49] (AIDS/ NOVOS HORIZONTES, 2004), a autora Fernandes (2018) descreve perceber que, apesar de a leitura da transcrição das entrevistas desses sujeitos aparentar que eles falam sobre sua sorologia e sobre sua vida com normalidade, ouvir os entrevistados dá uma outra percepção, devido às constantes e longas reticências em suas falas, ou seja, mesmo que a pessoa tenha recebido o vírus sem responsabilidade direta e que, talvez, por isso consiga se expressar sobre sua sorologia melhor do que alguém com a tradicional infecção sexual ou por uso de drogas (através do compartilhamento de seringas), esses sujeitos ainda ficam apreensivos em como seu diagnóstico pode afetar as suas relações e, mais importante, sua infecção pode ser efeito da herança culposa dos pais/cuidadores.

Em casos de famílias onde o HIV é transmitido de mãe para filho, é comum ser ofertado, de modo mais precoce, informações atualizadas sobre o HIV e como atualmente é possível ter uma vida longa vivendo com vírus, bastando, para isso, utilizar os medicamentos atuais com a regularidade correta. Isso significa que esses sujeitos têm maior chance de não passar, ou passar com maior brevidade, pelo sentimento do infamiliar, aquele sentimento que se associa a temas relacionados com a morte. Também

[49] HIV transmitido de mãe sem cuidados para o filho por meio da gestação, parto e/ou amamentação.

não costuma cair sobre esses sujeitos as acusações e as recriminações típicas que recaem contra o sujeito que se infectou por via sexual, o que minimiza a culpa consciente.

No entanto, no inconsciente pode haver a culpa herdada[50], o que pode gerar conflitos que uma análise poderá rastrear. Exemplo disso é o caso apresentado por Lacan em seu primeiro seminário do jovem com cãibra de escritor. O padecimento de sua mão era uma expressão dos processos de autopunição pelo pecado do pai, que acusado de roubo, segundo a lei da religião islâmica, religião na qual o pai vivia e que o analisante se originou, deveria ter a mão cortada. O mais impressionante é que o paciente já havia abandonado e rejeitado conscientemente sua filiação à religião de sua origem, no entanto, no inconsciente, manteve-se essa culpa como uma herança do crime do pai. O sintoma desse sujeito ao mesmo tempo respondia a uma articulação significante, tinha ali alguma satisfação pulsional, bem como satisfazia a necessidade de castigo do supereu (LACAN, 1954|1979).

Apesar de, nos relatos, os sujeitos que vivem com HIV por transmissão vertical receberem menos julgamento moral das pessoas ao redor, um distanciamento permanece. Como o trabalho acima demonstrou, a maioria dos jovens vivendo com HIV, por transmissão vertical, que foram entrevistados, eram solteiros(as) e muitas vezes porque o próprio jovem não ousava tentar uma relação de intimidade profunda. Tal comportamento nos permite inferir que, para o próprio sujeito, ter sorologia positiva ao HIV, não importa a sua origem, tende a ser desafiador para o sujeito, sobretudo ao ter que falar sobre sua sorologia[51] com os outros que o sujeito tem interesses amorosos. Uma dificuldade que deve ter relação com a angústia do enigma do desejo do Outro, e com a identificação do próprio sujeito com o vírus HIV, se vendo, ele mesmo, como objeto dejeto, excluído do desejo do Outro, semelhante ao HIV que é excluído da discussão pública.

[50] Assim como se herdam outras marcas significantes na estruturação do sujeito, esse Outro pode também transmitir ao proto-sujeito significantes que podem dar o sentido *a priori* de pecador e criminoso que vai participar da formação do supereu, culpa que pode ficar inconsciente ou dirigida contra o eu, manifesto como sentimento de culpa ininteligível.

[51] Os jovens entrevistados declararam, em geral, um afastamento inicial da vida sexual, e depois, uma volta ao exercício da sexualidade, utilizando métodos de prevenção, mas sem envolvimento afetivo duradouro e sem revelar sua sorologia, além de fuga quando a outra parte tenta firmar compromisso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio, pensar psicanálise e políticas públicas juntas pode causar uma estranheza, porém, como o ambiente de atuação do psicanalista não se restringe ao consultório particular, sua ferramenta, a psicanálise, acaba por não incidir apenas na clínica, mas também no campo público, o que significa dizer também, na política, porém, de um jeito muito particular, que não tem relação com uma visão de mundo ideal para todos.

Como nosso trabalho tem o objetivo de delinear o lugar do psicanalista nas ONG/Aids e destacar as contribuições que a psicanálise pode oferecer para essas instituições e para os seus usuários, sem formalizar um ideal de bem para esses, tentamos apreender os efeitos que o HIV produz no singular de cada sujeito a partir dos relatos públicos na mídia e em trabalhos anteriores sobre o tema. Ao perceber que muitos dos relatos atuais, principalmente quando esses sujeitos são recém diagnosticados, são semelhantes aos do início da epidemia de HIV, levantou-se a hipótese de se olhar para o vírus HIV como um signo malogrado que se inclui nos complexos psíquicos e culturais Esse efeito reflexo que vai dos sujeitos para a cultura e que retorna da cultura para os sujeitos, pode ser elucidado pelos conceitos psicanalítico de grande Outro e pequeno outro, onde um é continuação do outro, cuja aparente oposição se dá por efeito de uma troção, tal como a Banda de Möebius referenciada por Lacan. Esse entendimento concorda com a afirmação freudiana de que a psicologia das massas e a psicologia do eu são uma mesma coisa (FREUD, 1921|2011).

No percurso histórico encontramos recortes desde os anos 80 e 90 com manchetes sensacionalistas em jornais, piadas feitas por criança em rede de TV aberta em pleno horário nobre de final de semana com tom pejorativo para com as pessoas vivendo com HIV e homossexuais. Vimos também crianças muito novas ensinadas a ter medo do HIV, sem nenhuma contextualização. Porém, o sensacionalismo e as piadas não desapareceram ao longo desses 40 anos desde a descoberta do HIV, é o que nos atestam a literatura e as entrevistas em vídeo recentes de militantes da causa, bem como as falas ridicularizadoras e jocosas de um homem que chegou a ocupar o cargo de presidente da república no Brasil de 2019-2022.

Com a psicanálise, entendemos que o Outro não é um sujeito, é um depositário da suposição de saber, é o discurso (LACAN, 1960a|1998), a ideologia vigente na cultura, os seus ditos e os seus saberes, é um discurso que se presentifica e que se impõe, e que,

consequentemente, organiza a dimensão simbólica dos sujeitos que são banhados por essa ou aquela fala. A partir dessas considerações de Lacan e das de Freud em Psicologia das massas e análise do eu (1921|2011) pode-se apostar na psicanálise como uma ferramenta capaz de explicar a contínua interação entre *Innenwelt* (mundo interior) e *Umwelt* (mundo em torno, externo) (FREUD, 1914|2010).

A psicanálise se ocupa de "todos os ditados, os pensamentos, os atos e os sofrimentos humanos que ocorreram no passado e deixaram depósitos no presente [...] isso, que determina o sujeito, para tentar a retificação subjetiva do mesmo" (GAY, 1989, p.28). A pesquisa atual atesta que "o complexo de Édipo parece ser o destino do homem em todos os lugares, e deixa as suas marcas tanto em locais esperados como nos exóticos: na política e na religião, na educação e na literatura, mesmo no mercado (GAY, 1989, p.89), não como uma relação direta de causa e efeito, haja visto que, no geral, as percepções sobre os fatos são mais importantes do que os fatos em si, ou seja, a ordenação significante do sujeito fará toda diferença, produzindo variações de sentidos mesmo em sujeitos que tiveram uma biografia muito parecida. E, justamente, pelo fato de os sentidos relacionados ao HIV terem tão pouca variação de sentido, que essa pesquisa foi realizada, buscando entender a fixação de sentido de um significante presente no mundo há mais de 40 anos, em um período de grande circulação de informação, onde tudo muda a todo instante devido à internet. Esse sentido fixo do HIV ignora todo o progresso das tecnologias de saúde relacionadas ao vírus, insistindo nos sentidos prévios de profano, imoral, desviante, o que nos levou a hipótese de ser um significante com valor de signo (LACAN, 1960|1998).

Apesar de fazer uma observação sobre a história na qual esses sujeitos estão inseridos, e de saber que a história do sujeito é elemento que participa de sua constituição, lembramos que a psicanálise enfoca nos conflitos que aparecem no sujeito segundo os sentidos que ele dá à suas histórias pregressa e atual, que sempre comporta uma divisão, comporta conflitos que estão para além das tomadas de decisões conscientes do sujeito, são conflitos que determinam o desejo e o gozo dos sujeitos em consequência dos significantes estarem à mercê das pulsões e suas vicissitudes, haja visto que a pulsão usa dos significantes inseridos no sujeito para suas erráticas manifestações.

Essa comunicação da psicanálise com a história, com o social, só pode ser realizada sem configurar um desvio se for mantido à vista o conceito de inconsciente conforme concebido por Freud e os quatro princípios da pulsão preservados, ou seja, não esquecendo que existe uma (1) **fonte interna** da pulsão, que faz uma (2) **pressão**

constante e cujo (3) **objetivo é a satisfação**, ainda que sempre parcial, por meios de objetos contingentes, pois ela é (4) **sem objeto determinado**. Assim sendo, há sempre algo do próprio sujeito nos seus complexos, pela via das articulações significantes, das deformações do inconsciente e por sua dinâmica pulsional. Esses processos afetam a escrita do sujeito sobre sua própria história e condiciona a interpretação dos seus fenômenos subjetivos a um *posteriori*, que só pode ocorrer a partir da fala do próprio sujeito e das manifestações inconscientes dessa fala, seja como relato de sonhos, dos seus sintomas, chistes, lapsos e atos falhos. Nunca se sabe de antemão como e nem quais conteúdos da história do sujeito serão afetados psiquicamente pelos mecanismos de defesa inconsciente, como por exemplo a negação, a projeção ou a racionalização. Só através da escuta analítica é possível reconhecer a quem estão referidas as suas identificações e as distorções sofridas segundo as leis da linguagem como a metáfora e a metonímia, além dos conteúdos cifrados nas formações de compromisso sintomáticas que respondem a conflitos simbólicos e que pedem por decifração.

O sujeito recebe os significantes do Outro que, segundo Lacan no seminário sobre a carta roubada (LACAN, 1966a|1998), se organizam de um modo aleatório e sem lei em um primeiro momento, essa primeira escrita subjetiva é randômica e imprevisível, mas é ela que servirá como estrutura determinante para tudo que vier a seguir. Essa primeira estrutura irá definir possibilidades e impossibilidades em todo encadeamento significante posterior, já não permitindo acaso, mas predeterminados pelas imposições da primeira cadeia mencionada. Essa primeira cadeia torna impossível qualquer profilaxia psíquica já que, somada aos movimentos erráticos da pulsão (FREUD, 1915d|2021), aquilo o Outro entrega ao proto sujeito torna-se suscetível às mais variadas possibilidades. Isso significa que não formas garantidas de constituir um sujeito “X” ou “Y”. O que se pode fazer é tentar enfraquecer sentidos fixos, seja com a psicanálise aplicada na clínica, seja com a psicanálise implicada na cultura, contribuindo para a aceitação da pluralidade, das múltiplas formas de existir.

Por reconhecer esse real em jogo, que escapa a qualquer previsibilidade e de qualquer decifração plena, a psicanálise não se confunde com a sociologia ou com a antropologia, pois só a psicanálise considera a pulsão de morte e o gozo. O conteúdo da (pré-)história dos sujeitos têm importância na interpretação analítica (LIMA, 2012), porém, sempre em um movimento de retroação. Só após escutar o sujeito é possível apreender o que dos processos macro o atingiu e o marcou no micro, no particular, como feito por Lacan ao reinterpretar o caso Dora como a manifestação sintomática de uma

reminiscência da lei de troca de mulheres que ocorria em povos mais antigos, como o caso do paciente com sintoma na mão, herança da lei e do crime na história do seu pai, e no caso do menino que só conseguia pronunciar a palavra lobo, lido como uma tentativa de constituir uma imagem para si aos moldes do primitivismo totêmico.

Quanto ao HIV, esse significante foi cunhado para logo depois tornar-se um significante removido da comunicação pública. Passou a ser tratado um símbolo censurado socialmente, que se tenta manter afastado nos diálogos e nas trocas comuns do dia-a-dia. Símbolos censurados são abrigados no inconsciente e lá ficam livres para produzir efeitos diversos. Significante que se inscreve através do recebimento de um diagnóstico que cai como uma invasão do (LIMA, 2012). Quando o significante HIV se impõe ele vem com uma série de impossibilidades. Ele não pode ser combatido pela amnésia do recalque e nem pode ser negado, pelo menos não sem levar o sujeito a morte. Em vez desses processos defensivos, o processo que ocorre é a identificação com o vírus.

Escuta-se com frequência na clínica, que o sujeito que vive com HIV sente-se como tendo perdido o amor do Outro *a priori*, afinal, identificado ao vírus rejeitado, o sujeito sente-se ele mesmo rejeitado. "As tradições [...] sobrevivem nas ideologias do supereu, e só lentamente cedem às influências do presente e as suas modificações" (FREUD, 1933|2010, p.206). Importante ressaltar que, para que certas ideologias possam ceder, os temas relacionados a elas não podem ser silenciados. Sabendo dessa necessidade de não silenciamento, e de que as coerções exteriores que atuam mais eficientemente nas instâncias de autocontrole são as coerções carregadas de valor afetivo (ELIAS, 2006), recomenda-se um trabalho de sensibilização e de divulgação de informações atualizadas relacionados com os temas tabus na cultura, como é o caso do HIV, com foco em pais e em professores, pois são as ideias e os ideais destes, pelos quais as crianças costumam ter afetos, que terão mais força na constituição do psiquismo dos proto-sujeitos. O que se espera com isso não é poder constituir um determinado tipo de sujeito, mas, talvez, sujeitos menos rígidos em relação aos seus ideais por não terem sido constituídos mergulhados em discursos de segregação e ódio. Tentativa de promover um campo mais amplo, aberto, em relação às possibilidades de existência, para si mesmo e para os pequenos outros à sua volta.

As instituições previamente estabelecidas são as maiores mantenedoras das ordens vigentes na cultura, assim sendo, "ingenuidade ou talento"[52], é de dentro das instituições

[52] Referência a música Sol quadrado da cantora Pitty.

que se pode produzir efeitos em maior escala, visando um resgate desses sujeitos da tutelagem do Outro (LIMA, 2012, p.214), pois, da mesma forma que se busca a desalienação dos sujeitos em relação às imagos parentais na clínica, se deve produzir a desalienação em relação as instituições. Mesmo que permaneça sempre um ponto de irrealizável nem por isso deve jamais ser uma aposta renunciável (ROUANET, 2000). Não tentar seria o mesmo que tentar tapa os ouvidos e ficar em uma posição de não querer saber sobre o gozo e o mal-estar relacionados ao HIV, gozo que participa dos mandatos do supereu. Os estudos de Silva (2007) e Bezerra (2019) lidos à luz da psicanálise, sobretudo dos conceitos de supereu, de tipos de caráter e de culpa muda, além dos tipos clínicos postulados por esse saber, nos permite ter interpretações quanto as formas de se colocar em risco de infecção por HIV, bem como dos modos de lidar com o fato de se viver com HIV, que por vezes incluem manifestações de castigos supereuóicos.

É o além do princípio do prazer, a pulsão de morte, marcando sua força e usando o HIV para seus fins de repetição e destruição. Por vezes, é a influência da cadeia significante associada a essa pulsão mortífera que empurra o sujeito chega a infecção. Imperativo ao gozo que visa prazeres imediatos e desmedidos como na frase da música do Lobão, que diz "melhor viver 10 anos à 100 do que 100 anos à 10"[53], algo bem percebido no trabalho de Silva (2009) que tratava sobre o que levava alguns sujeito a se exporem a possibilidade de soroconversão[54]. Ora, mas sendo o HIV um significante com valor de signo (LACAN, 1957|1998), de um signo malogrado, porquê o sujeito do inconsciente, que por via do seu narcisismo tem o eu como um objeto de amor, se marcaria com esse signo profano? Por motivos semelhantes aos dados por Freud por existir sonhos de angústia (FREUD, 1900a|2019). Pelos imperativos categóricos do supereu que demanda castigo para o sujeito, seja por ter acessado privilégios restritos ao Pai por tê-lo desobedecido, cujo paradigma é o incesto e o parricídio.

Enquanto as instituições sociais como a família, a escola, o Estado, a Igreja e meios de comunicação em massa deixarem o tema do HIV sob o véu, permanecerá o pernicioso estereótipo sobre as PVHIV, que sempre deixa um resto atuando na psique das próprias PVHIV, gerando os conflitos que apresentamos nesse trabalho. Esse resto participa dos sofrimentos e dos comportamentos autodestrutivos mencionados, que manifestam-se como auto-ódio, baixa autoestima, humor deprimido, sentimento de vergonha, culpa, medo, desconfiança, insegurança, ansiedade, manifestações

[53] Música Décadence Avec Élpegance
[54] Pessoas negativas ao HIV se exporem a possibilidade de infecção pelo vírus.

psicossomáticas, isolamento e solidão, frustação, dificuldade em iniciar e/ou manter relacionamentos amorosos, violência doméstica, comportamento sexual de risco, abuso de álcool e outras drogas, transtornos alimentares além de ideação e comportamento suicida, testemunhando ser uma preocupação de saúde pública que demanda séria atenção (NUNAN, JABLONSKI & FÉRES-CARNEIRO, 2010). Por mais que o inconsciente tenha algo que se relaciona com o campo social, que participa do discurso do Outro, lembramos que o inconsciente não é estruturado segundo uma pedagogia ou segundo os exemplos de comportamento, porque nesse processo estruturante temos também a aleatoriedade da primeira escrita subjetiva e a ação das pulsões, e estas são totalmente a-sociais (GREISER, 2008) e a aposta que esse trabalho vem apresentar é o enfraquecimento desses discursos estigmatizantes, ou seja, a produção de discursos menos excludentes, menos segregacionistas.

Lembrando que o que se chama de destino é apenas um dos nomes possíveis para o supereu, essa instância psíquica da segunda tópica freudiana que atua nesses processos autodestrutivos. Essa culpa pode ser consciente, o que fará que o sujeito se sinta merecedor de seus infortúnios acima listados, e pode ser inconsciente, por efeito dos conflitos de ideias que habita o sujeito e que ele não é capaz de reconhecer conscientemente, mas em ambos os casos, a chamada culpa muda pode comparecer.

Com a intromissão do significante HIV o eu narcisicamente investido é manchado e decaído, ficando ainda mais longe do lugar almejado do seu eu ideal, o que gera profunda dor psíquica. Foi por perceber essa frequente identificação do sujeito vivendo com HIV com esse lugar de objeto dejeto que nos questionamos sobre o valor de significante ou signo para o HIV. Lacan, ao definir o significante, diz que o "significante que representa um sujeito ante outro significante" (LACAN, 1969-70|1992, p.18). Parece certo dizer que os sujeitos que vivem com HIV se cristalizam em se representar com o significante HIV nessa cadeia ante outro significante, porém, com o HIV sendo um significante com valor de signo, os sentidos malogrados, como caído, excluído e não amado, sempre aparecem, não importa a qual outro significante ele seja articulado.

Os analistas devem buscar desfazer essa cristalização, buscar enfraquecer o significado que é dado de antemão para o HIV e para as pessoas que vivem com o vírus, devolvendo a esse significante a sua propriedade deslizante e promovendo a desindentificação do sujeito.

Isso não significa que o psicanalista irá se pautar em políticas de gestão de corpos e muito menos na manutenção de normas e de ideais regulatórios. No entanto, a

psicanálise continua a apostar na vida, na pulsão de vida como desvio da pulsão de morte, mesmo levando em consideração o gozo do sujeito, deixando-o livre para agir de acordo com o aquilo que entende como seu desejo, mas não desavisado sobre as consequências do gozo sem limites, para algum enxugamento possível desse gozo (ELIA, 2018). No que se refere ao HIV, pode-se oferecer ao sujeito uma forma de proteção que faça sentido para ele, em vez de encarnar a autoridade do pai e colocar a camisinha como obrigação única quando já existem outras opções de proteção.

Atualmente existem possibilidades como a manutenção da carga viral em indetectável, vacinas para hepatites virais, o uso de PreP ou PeP, além dos preservativos de barreira, que formam uma roleta de possibilidades chamada de prevenção combinada (UNAIDS, 2019a), onde o sujeito selecionará o modo que melhor lhe convém se proteger sem comprometer (tanto) sua satisfação, uma (semi-)realização do desejo que, como ensinado por Lacan, um "ponto de compromisso, a escala da dimensão do gozo na medida em que de certo modo este desejo permite levar mais longe o nível da barreira do prazer" (LACAN, 1966c|2001, p.12), ou seja, um gozo menos mortífero, que não seja a todo custo, um gozo já mediado pela palavra. Com isso Lacan nos adverte de que o prazer é a barreira para o gozo, prazer como "excitação mínima, aquilo que faz desaparecer a tensão, tempere-a ao máximo, ou seja, então, que é aquilo que nos para necessariamente a um ponto de distanciamento, de distância bastante respeitosa do gozo" (LACAN, 1966c|2001, p.12). Sobre o gozo, Lacan o descreve assim:

> aquilo que chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que se começa a aparecer a dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada (LACAN, 1966c|2011, p.12).

Essa descrição de Lacan permite localizar a incidência do gozo do sujeito em declarações como a seguinte: "Não basta me fazer gozar, tem que me deixar destruído, quase morto mesmo, sexo bom é aquele que no dia seguinte a gente tá todo dolorido" (BEZERRA, 2019, p.71). Gozo que tem a ver com as ordens e as exigências que o supereu impõe ao sujeito, colocando-o em risco em um além do princípio do prazer, e que não somente empurra para esse esgarçamento, mas também castiga o sujeito quando ele se entrega à sua *hybris*. Através da escuta nas ONG/Aids e na clínica, percebe-se que o HIV tem sido um significante que se serve bem para a pulsão de morte e para os mecanismos supereuóicos.

Por mais que o enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS tenha se fortalecido em decorrência às articulações entre a academia, as organizações não governamentais de combate a AIDS (ONG/AIDS) e o Estado, inicialmente com a criação do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (1986) e depois se consolidando com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS), ainda há muito o que ser feito. Um corpo é algo feito para gozar e essa é uma dimensão do sujeito que acaba desconsiderada pelos diversos profissionais presentes nas OSC, de modo semelhante ao que ocorre na medicina, não por desleixo, mas por ser um conceito fora do núcleo e do campo da assistência e da saúde. A psicanálise, diferentemente, se atenta às vicissitudes da pulsão, isso que não está nem do lado de cá e nem do lado de lá, mas no meio, limítrofe entre o somático e o psíquico, isso que promove uma determinada imagem acústica ao nível de significante, representante do sujeito para outro significante.

Grosso modo, significa que a OSC tenta responder a demanda do usuário, dar-lhe a solução para seu mal-estar, enquanto que a psicanálise proporciona um lugar de fala para o sujeito e uma escuta que leva em consideração o gozo do corpo, atenta à diferença entre o que se demanda e o que se deseja, desejo esse que só existe por ter algo do inconsciente atrelado a ele, algo d'isso que se perde no vão das palavras da demanda e que pode ser interpretado, mas que não se deve atribuir julgamentos de valor, tarefa que está longe de ser simples, pois, às vezes, mesmo as instituições de apoio às PVHIV discursam moralmente sobre o uso da camisinha em vez de valorizar toda a mandala de opções da prevenção combinada. É desse lugar, de alguém nem dentro e nem fora, de alguém que aponta para aquilo que não foi considerado que deve atuar o analista nas OSC.

Em 1966, Jacques Lacan, em um colóquio organizado pela pediatra e psicanalista Jeanne Aubry, refletiu com o público qual seria o lugar da psicanálise na medicina, situando-a em uma extraterritorialidade, lugar esse que, apesar de ser admitida como uma espécie de ajuda exterior, não possui discurso convergente possível com a medicina, onde a primeira está referida a ética do desejo, ética da psicanálise, e o segundo está referido a um discurso de saber.

Aos médicos são requeridas respostas e/ou ações específicas para a manutenção do funcionamento de determinado aparelho do organismo humano, ele precisa saber a priori o que é melhor para manter ou para recuperar o "bom" funcionamento físico do outro (LACAN, 1966). As ONG/Aids, de modo semelhante, também tentam sanar as demandas da assistência e de saúde, porém, em contrapartida, diferente dos médicos e dos profissionais das OSC, o psicanalista faz apenas um semblante de quem sabe, mas na

realidade, o saber psicanalítico sobre o sujeito é sempre *a posteriori*, pois a psicanálise não generaliza um modo "bom" de funcionamento, mas reconhece que cada sujeito possui desejo e gozo únicos e os leva em consideração na direção de tratamento.

A psicanálise como ferramenta dentro das organizações da sociedade civil de apoio às pessoas vivendo com HIV pode rastrear profecias autorrealizadoras por vaticínios dirigidos pelo Outro, pode compreender e tentar furar os mecanismos inconscientes que levam os sujeitos a servirem-se como objeto de gozo do Outro e trazer o reconhecimento da castração para barrar o gozo desenfreado. A escuta analítica rastreia os significantes que prendem o sujeito nas teias do desejo, do gozo e das angústias que estão todos referidos ao desejo do Outro para que o sujeito possa realizar um processo de separação dessa alienação ao Outro, ainda que até certo ponto, para então poder bancar suas escolhas ciente de seus ganhos, de suas perdas e de seus limites. A psicanálise desvela os fundamentos fantasmáticos que impelem o sujeito numa mesma direção continuamente, como se se fosse ação do destino, mas que na verdade tem a ver com as determinações do sujeito.

Por mais claro que já possa estar, enfatizamos que essa é uma análise não sociológica sobre o HIV e as PVHIV, mas uma análise dos processos psíquicos desvelados pela psicanálise, sobre os significantes que pairam o tecido social e caem como enxurrada sobre os sujeitos, e que dos sujeitos fluem de volta para o tecido social em um constante fluxo moebiano. Com esse trabalho desejamos possibilitar formas de produzir um corte para além daqueles feitos na clínica no que se refere ao HIV, mas um corte também no campo macro, político, no sentido de romper com o silêncio sobre o HIV.

Quando, com Quinet, pensamos o quadro da sexuação de Lacan como duas políticas, uma Toda fálica e uma Não-Toda fálica, não é como sendo uma má e a outra boa, mas, como duas forças em constante dinâmica que nunca fica estabilizada, mas que na verdade, quanto mais tender para um lado, mas o outro lado tenderá a retornar como uma resposta-sintoma. Se o lado Todo fálico pode tiranizar, é ele também que organiza, se o lado Não-Todo inclui a diferença, ele também pode ser excessivamente caótico. Esses dois lados, na política, se regulam um ao outro, não à toa ocorre a eleição de Bolsonaro com seu radicalismo em um momento de grande força dos movimentos sociais progressistas. Por que então a psicanálise foi colocada como tendo um lado, ao lado do Não-Todo?

Porque a psicanálise deve continuar apontando para aquilo que não foi considerado, para a existência de um gozo Outro. De acordo com o que foi descrito por Freud, quando ele escreveu sobre os fenômenos de massa e sobre a eleição de um líder, nas organizações, nas sociedades, na cultura, existe sempre um empuxo ao Um (FREUD, 1921|2011), característica perigosa do lado do Todo-fálico. Devido a esse empuxo ao Um que a psicanálise se coloca ao lado do Não-Todo, do não universalizável. Essa é a razão pela qual além de não poder prescindir da ética do desejo na clínica, o psicanalista também não pode se furtar da política da psicanálise, que incluía a política da falta-a-ser com Lacan e do Não-todo conforme proposto por Quinet. É desse lugar que o analista atua na cultura, nas instituições e nas OSC de apoio às pessoas vivendo com HIV, sendo a consideração das pulsões e do gozo a grande contribuição da psicanálise.

Na AMIRES era necessário lembrar, com alguma frequência, a todos os colaboradores, que eles não podiam fazer juízo de valor moral sobre os usuários. Algo que se mostrava recorrente quando algum usuário apresentava alguma resistência quanto ao uso do preservativo. Em vez de apenas apresentar a mandala da prevenção combinada, que tem recursos outros para prevenir o HIV, como a PeP e a PrEp, e incentivar o uso que o usuário ficasse mais interessado, ocorria de insistirem no prático e messiânico poder dos preservativos externo e internos (camisinha).

Antes de encerrar gostaríamos de levantar mais uma questão. A atual pesquisa pensou o HIV de modo a correlacionar com a neurose obsessiva, que faz do sujeito um eterno culpado por um gozo a mais, e o HIV e a neurose histérica, que faz do sujeito vítima do gozo do Outro. De modo mais abrangente, pesquisou-se a relação do HIV com o supereu, que tem no vírus HIV um recurso para justificar sacrificar-se ao Outro ou para promover a autopunição do sujeito, aos moldes dos diferentes tipos de caráter. Esse trabalho também pode olhar para o HIV à luz do sentimento do infamiliar, descrito por Freud como algo de desconhecido, mas ao mesmo tempo presente desde o amago dos complexos primitivos e infantis, que retorna, algo que tem relação com a morte. Por fim, observou-se o que a angústia relacionada ao HIV tem de conexão com o desejo do Outro. Porém, se pensarmos nos três registros, o real, o simbólico e o imaginário, fica em aberto como o HIV pode afetar cada sujeito segunda a sua da lógica de enodação do Nome-do-Pai, que pode ter sido amarrado em qualquer um dos três aros acima citados da cadeia borromeana. Quais seriam as especificidades de um sujeito vivendo com HIV que tem o Nome-do-Pai amarrado pelo registro do real, do que o tem pelo simbólico e do que o tem pelo imaginário? Deixamos essa questão em aberto para uma pesquisa futura.

REFERÊNCIAS

A LUTA nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 de junho de 1983. Matutina, Cultura. Disponível em <https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=198019830621> Acessado em: 23/03/2022.

AIDS Novos Horizontes. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, 2004. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11ManualECI_final.pdf> Acessado em: 24/04/2022.

AIDS: Sem prioridade, mal do século pode contaminar um milhão no Brasil. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 1986. Matutina, Rio. Disponível em < https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=198019861221> Acessado em: 23/03/2022.

AIDS será maior causa de morte no país. **O Globo**, Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 1988. Matutina, O País. Disponível em < https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=198019880127> Acessado em: 23/03/2022.

AIDS. UNGASS Metas. Resposta brasileira - HIV/AIDS 2001- 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ARANTES-GONÇALVES, F. Neuropsicanálise: a ciência da relação mente-cérebro. **Interacções**, n.12, p.93-110, 2007.

ARAÚJO, Lucinha. O Tempo Não Para - Viva Cazuza. Rio de Janeiro: Globo Editora: 2011

ARENDT, H. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1999.

BARATA, G. F. **A primeira década da Aids no Brasil: o *Fantástico* apresenta a doença ao público (1983-1992)**. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, p.196. 2006.

BEZERRA, V. P., O sexo “na pele”: sentidos do corpo e da pele na experiência *bareback* entre homens na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, 2019, 100f. Disponivel em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/47685/47685.PDF Acessado em: 15/01/2023.

BÍBLIA Online. **1 João 4:8**. Disponível em: < https://www.bibliaonline.com.br/acf/1jo/4> acessado em: 02/07/2022.

BOLSONARO sanciona lei que altera regras do código de trânsito. **G1, 13/10/2020**. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/13/bolsonaro-sanciona-texto-que-altera-regras-do-codigo-de-transito.ghtml> Acessado em: 25/03/2020.

BRASIL tem uma morte no trânsito a cada 15 minutos. **O Globo, 30/06/2019**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/brasil-tem-uma-morte-no-transito-cada-15-minutos-1-23774156> Acessado em: 25/03/2023.

BRASIL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL (1990). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acessado em: 25/03/2023.

BRASIL (1996). **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,HIV%20e%20doentes%20de%20AIDS.> Acessado em: 23/03/2022.

BRASIL (1999). Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL (2002a). Portaria n. 2104, de 19 de novembro de 2002. Projeto Nascer-maternidades. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude. gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html. Acesso em: 22 jul. 2022.

Brasil (2002b). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/tendencias_desafios_sistema_saude.pdf Acessado em: 25/03/2023.

BRASIL (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf Acessado em: 25/03/2023.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. SUS: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL (2010). Portaria n. 1.246, de 28 de maio de 2010. Proíbe teste do HIV compulsória de trabalhadores. 2010. Disponível em:

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C0858EF012C11 B73F5C62DC/p_20100528_1246.pdf. Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL (2013a). Ministério da Saúde. História da AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL (2013b). Departamento de DST AIDS e Hepatites VIRAIS. Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV. 2013. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv. Acesso em: 19 jul. 2014.

BRASIL (2013c). **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013**. Disponível em: < https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/informes/10587-portaria-conjunta-n-01-2013-sas-svs-ms/file> Acessado em: 23/03/2022.

BRASIL (2013d). Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf > Acessado em: 02/07/2022.

BRASIL (2014). **Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm.> Acessado em: 23/03/2022.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Histórias da aids no Brasil, 1983-2003, v.2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids, 2015. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235558> Acesso em: 23/03/2022.

BRASIL (2016). Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção por HIV em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL (2017a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica** : manual para a equipe multiprofissional/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.56 p. : il.

BRASIL (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Prevenção Combinada do**

HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.: il. Disponível em https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/01/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf Acessado em: 25/03/2023.

BRASIL (2017c). Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL (2017d). Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL (2022a). "Aids: etiologia, clínica diagnóstico e tratamento": Unidade de Assistência. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf> Acessado em: 09/04/2022.

BRASIL (2022b). Ministério da Saúde. Departamento de doenças em condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. História da Aids. Disponível em: < http://antigo.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo > Acessado em: 23/12/2022.

BRASIL (2022c). Ministério da Saúde. Departamento de doenças em condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Direito das PVHIV. Disponível em: < https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/direitos-das-pvhiv#:~:text=I%20-%20Todas%20as%20pessoas%20t%C3%AAm,sua%20melhor%20qualidade%20de%20vida. > Acessado em: 23/12/2022.

BRASIL, CFP (2020). Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos programas e serviços de IST/HIV/AIDS** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. – 1. ed. rev. – Brasília: CFP, 2020.

BRITO, F, L, C, B; ROSA, J. M. "Os leprosos dos anos 80", "Câncer Gay", "Castigo de Deus": homossexualidade, Aids e capturas sociais no Brasil dos anos 1980 e 1990. **Revista Observatório**. Volume 4, nº1, Janeiro-Março, 2018. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/3175/12514 > Acessado em: 16/04/2022.

CALDAS, Heloísa & ALTOÉ, Sônia. Psicanálise, Universidade e Sociedade. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2011.

CAPPI, D.R.S. et al. Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de Orientação e Aconselhamento (COAS) para HIV: relato de experiência. Rev. Latinoam. Enferm., v.9, n.1, p.66-72, 2001.

CARNEIRO, M.A. A neurose obsessiva. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

CARTA para além dos muros. André Canto. Brasil: André Canto/Netflix, 2019.

CONDIÇÕES. Dicionário Online de Português. Disponível em: < https://www.dicio.com.br/condicoes/ > Acessado em: 25/03/2023.

COSENTINO, J. C., "Construcción de Los Conceptos Freudianos", Ed. Manantial: Buenos Aires, 1996.

COSTA, P. J., Psicanálise e mitologia grega: ensaios. Curitiba: Appris, 2017.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias, v.7, n.4, p.18-49, 2002

DABHOIWALA, F. As origens do sexo: uma história da primeira revolução sexual. Tradução: Rafael Mantovani. 1. ed. São Paulo: Globo, 2013.

DAMASCENO, I. A homossexualidade está presente nas pinturas rupestres da Serra da Capivara. **Site A Capa**. Disponível em: https://acapa.disponivel.com/a-homossexualidade-esta-presente-nas-pinturas-rupestres-da-serra-da-capivara/ Acessado em: 25/02/2023.

DANTO, E. A. As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social. São Paulo: Perspectiva, 2019.

DECRETO muda estrutura da área de combate à Aids no Ministério da Saúde. **G1**, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/22/decreto-muda-estrutura-da-area-de-combate-a-aids-no-ministerio-da-saude.ghtml> Acessado em: 25/03/2022.

DIANGELO, R. Fragilidade Branca. Revista **Eco-Pós**. 21(3). 35-57, (2018). Disponível em: < https://doi.org/10.29146/eco-pos.v21i3.22528 > Acessado em: 09/04/2023.

ECAD. O que o Brasil ouve: 10 anos de de música As transformações do mercado e as conquistas da gestão coletiva na última década. 2021. Disponível em: https://www4.ecad.org.br/relatorios/o-que-o-brasil-ouve-musica-na-ultima-decada/ Acessado em: 25/03/2023.

ELIA, L. Estrutura e contemporaneidade: o pai e o sintoma no tempo social e no tempo de análise. 2012. Disponível em: < http://www.congressoconvergencia.com/site/index.php?option=com_content&view=arti

cle&id=5:estrutura-e-contemporaneidade&catid=25:the-project&Itemid=44> Acessado em: 25/03/2023.

ELIA, L. O inconsciente público e coletivo e a estrutura da experiência psicanalítica. Trabalho apresentado na Mesa-Redonda no IV Congresso de Psicopatologia Fundamental, organizado pela Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental e realizado na cidade de Curitiba de 4 a 7 de setembro de 2010.

ELIA, L. Psicanálise, Campo Público e Saúde Mental: uma articulação necessária entre política e clínica. Conferência pronunciada no dia 04 de maio de 2018 na UNILAVRAS (Centro Universitário de Lavras), a convite da Profa. Magali Milene, no evento intitulado *A psicanálise na Cidade*, publicado no site psicanalistas pela democracia em 23 de julho de 2018. Link https://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/

ELIAS, N. Escritos & Ensaios – 1.Estado, processo, opinião pública. Organização e apresentação de Frederico Neiburg e Leopoldo Waizbort. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ENTIDADES criticam saída de diretora do departamento de HIV/Aids do Ministério da Saúde. **O globo 11/01/2019**. Disponível em: < https://oglobo.globo.com/saude/entidades-criticam-saida-de-diretora-do-departamento-de-hivaids-do-ministerio-da-saude-23364728 > Acessado em: 25/03/2023.

FERNANDES, P.S. **Sobre viver:** um estudo de jovens vivendo com HIV/Aids por transmissão vertical e perinatal sobre sua condição e tratamento. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, p.97. 2018.

FERREIRA, N.P. & MOTTA, M.A. Histeria: o caso Dora. Jorge Zahar, 2014.

FERREIRA, R.C.S., RIFFEL, A., SANT'ANA, A.E.G., HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas. **Revista Quimica Nova**, VOL. 33, Nº 8, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/qn/a/YcnBsJYMxyvv9DnhCm8mdzB/ Acessado em: 25/03/2023.

FOLLIS, R., & CARMO, F. (2011). "Homobiblismo": abordagens bíblicas pró-homossexuais?. Kerygma, 7(2), 103–113. Disponível em: <https://doi.org/10.19141/1809-2454.kerygma.v7.n2.p103-113>. Acessado em 25/07/2022.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1969|2008.

_____. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, (1966|1999).

_____. História da loucura na idade clássica. 42.ed. São Paulo: Perspectiva, 1972|1978.

_____. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1975|2014.

FREUD, S. (1893-95) Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895). São Paulo: Companhia das letras, 2019.

_____. (1893-99). Obras completas, volumen 3: Primeras publicaciones psiconalíticas. Buenos Aires: Amorrotu, 1991.

_____. (1900a|2019) Obras completas, volume 4: A interpretação dos sonhos (1900). São Paulo: Companhia das letras, 2019.

_____. (1900b|2019) O material e as fontes dos sonhos (D, β). *In:* Obras completas, volume 4: a interpretação dos sonhos (1900) São Paulo: Companhia das Letras, 2019, p.288-312.

_____. (1905) Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das letras, 2016.

_____. (1910|2013) Um tipo especial de escolha de objeto feita pelo homem (contribuições à psicologia do amor I). *In:* Obras completas, volume 9: Observações sobre um caso de neurose obsessiva ["O Homem dos Ratos"], uma recordação de infância de Leonado da Vinci e outros textos (1909-1910) São Paulo: Companhia das Letras, 2013, p.334-346.

_____. (1912|2010) Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. *In*: Obras completas, volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em uma autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.147-162.

_____. (1913a|2010) O início do tratamento. *In*: Obras completas, volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em uma autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.163-192.

_____. (1913b|2013) Totem e tabu: algumas concordâncias entre a vida psíquica dos homens primitivos e a dos neuróticos. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2013.

_____. (1914) Introdução ao narcisismo. *In*: Obras completas, volume 12: introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.13-50.

_____. (1915d) As pulsões e seus destinos. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

_____. (1915e) Considerações atuais sobre a guerra e a morte. *In*: Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 209-246.

_____. (1915a) O inconsciente. *In*: Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 99-150.

_____. (1915b) O recalque. *In*: Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 334-363.

_____. (1915c) Nossa atitude perante a morte. *In:* Obras completas, volume 12: introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.229-246.

_____. (1916|2010). Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica. *In:* Obras completas, volume 12: introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.253-286.

_____. (1917a) A angústia. *In*: Obras completas, volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917). São Paulo: Companhia das letras, 2014, p. 519-544.

_____. (1917b) Uma dificuldade da psicanálise. *In*: Obras completas, volume 14: História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 240-251.

_____. (1919a|2010). Caminhos da terapia psicanalítica. *In:* Obras completas, volume 14: história de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920) São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.279-292.

_____. (1919b|2010) O estranho. *In*: Obras completas, volume 14: História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 328-376.

_____. (1920|2010) Além do princípio do prazer. *In:* Obras completas, volume 14: História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 161-239.

_____. (1921) IX Instinto Gregário. *In*: Obras completas, volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). São Paulo: Companhia das letras, 2011, p. 77-83.

_____. (1921|2011). Psicologia das massas e análise do eu. *In:* Obras completas, volume 15: psicologia das massas e outros textos (1920-1923) São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.13-113.

_____. (1923|2011) O eu e o isso. *In:* Obras completas, volume 16: O eu e o isso, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.13-74.

_____. (1924|2011) A dissolução do complexo de Édipo. *In:* Obras completas, volume 16: o eu e o isso, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.203-213.

_____. (1925a) Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. *In*: Obras completas, volume 16: O eu e o isso, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das letras, 2011, p. 283-299.

_____. (1925b) A negação. *In*: Obras completas, volume 16: O eu e o isso, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das letras, 2011, p. 275-282.

_____. (1926) Inibição, sintoma e angústia. *In*: Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Companhia das letras, 2014, p. 13-123.

_____. (1930|2011) O mal-estar na civilização. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras. 2011

_____. (1932|2010) Por quê a guerra? (Carta a Einstein, 1932) *In*: Obras completas, volume 18: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 417-435.

_____. (1933|2010) A dissecação da personalidade psíquica. *In*: Obras completas, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 192-223.

_____. (1935|1967). Lettre de Freud à Mrs N. N...: Correspondance de Freud 1873-1939 (1935). Paris: Gallimard, 1967.

_____. (1940[1938]|2018) A cisão do eu no processo de defesa. In: Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939). São Paulo: Companhia das letras, 2018, p. 345-350.

GARCIA, L. S. L. Redução de Danos: conceitos e práticas. 2020. Disponível em: < http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf> Acessado em: 22/06/2023.

GARCIA-ROZA, L.A., Freud e o inconsciente. 24.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GAY, P. Freud para historiadores. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989.

GEREZ-AMBERTIN, M. L., As vozes do supereu. São Paulo: Annablume. 2003.

GIOVANINI, D. Amores Santos. 2016. 85m.

GOODWIN, R. Aids – A Síndrome da sauna. Última hora. Rio de Janeiro, 7 de julho de 1983. p.2. Disponível em: < http://memoria.bn.br/pdf/386030/per386030_1983_11016.pdf> Acessado em: 25/03/2023.

GREISER, I. B., O psicanalista frente aos sintomas sociais. *In:* aSEPHallus/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de psicologia. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. Núcleo Sephora de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Vol.III, nº6, (mai.-out. 2008). Rio de Janeiro:Ed. Sephora, 2005-. Disponível em: <file:///C:/Users/nando/Downloads/EDITORIAL...09%20O%20DIAGN%C3%93STICO%20E%20O%20TRATAMENTO%20DOS%20SINTOMAS%20OBSESSIVOS%20NA%20CONTEMPORANEIDADE.pdf> Acessado em: 09/04/2023.

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

JUNIOR, C. R. Reatividade de linfócitos T de indivíduos infectados pelo HIV-1 contra epitopos GAG e NEF de diferentes subtipos HIV-1. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Salvador-BA: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa Gonçalo-2008. 64 f. : il. ; 30 cm.

LACAN, J. (1953a|1998) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In*: Escritos. Rio de janeiro: Zahar, 1998, p. 238-324.

_____. (1953b|2005) Simbólico, imaginário e real. *In*: Os Nomes do Pai. Rio de janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 09-53.

_____. (1954|1979) O núcleo do recalque. *In*: O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud. Rio de janeiro: Zahar Editores, 1979, p. 217-232.

_____. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. *In*: Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. P. 496-533.

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

_____. (1958-59) O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

_____. (1959-60) O seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1960a|1998) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura de personalidade". *In*: Escritos. Tradução de Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 653-691. (Campo Freudiano no Brasil).

_____. (1960b|1998) Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. *In*: Escritos. Tradução de Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-842. (Campo Freudiano no Brasil).

_____. (1962-63|2005) O seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. (1964|2008) Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1966a|1998) O seminário sobre "A carta roubada". *In*: Escritos. Rio de janeiro: Zahar, 1998, p. 13-68.

_____. (1966b|1998) A ciência e a verdade. *In*: Escritos. Rio de janeiro: Zahar, 1998, p. 869-892.

_____. (1966c) O Lugar da Psicanálise na Medicina. Revista **Opção Lacaniana** #32, p. 2-8, Dezembro 2001.

_____. (1966-67d|Inédito) O Seminário, livro 14: a lógica do fantasma. Inédito.

_____. (1967) Proposição de 09 de outubro de 1967. In: Outros escritos. Rio de janeiro: Zahar, 2003, p. 248-264.

_____. (1969-70) O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1972-73|2008) O Seminário, livro 20: mais, ainda. Rio de janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1975-76|2007) O Seminário, livro 23: o sinthoma, Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. (1980) “Le Séminaire de Caracas”. In: Almanach de la dissolution. Paris: Navarin, 1986; pp. 81-87.

LAPANCHE, J. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LIMA, D.M.O., Diálogo entre a sociologia e a psicanálise: o indivíduo e o sujeito. Salvador: EDUFBA, 2012. 284 p.

LOYOLA, M.A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, p.763-778, 2007.

LULA quebra patente de remédio anti-Aids. G1, 04 de maio de 2007. Disponível em: < https://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL31234-5603,00-LULA+QUEBRA+PATENTE+DE+REMEDIO+ANTIAIDS.html> Acessado em: 15/04/2022.

MAIA, M. Ecologia social e comportamentos sexuais de risco de jovens da região de Île-de-France. In: SILVA, P.G.; SACRAMENTO, O.; PORTELA, J. (Orgs.). Etnografia e intervenção social: por uma praxis reflexiva. Lisboa: Colibri, p. 175-188, 2011.

MARIANO, R. B., Fundamentação científica da psicanálise e os modelos de explicação da ciência. Revista **Analytica**. 12(7), 41-56, 2018. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000100004> Acessado em: 04/02/2023.

MENDONÇA, P.M.E.; ALVES, M.A.; CAMPOS, L.C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil. RAE-Eletrônica, v.9, n.1, 2010.

MIQUELIM, J.D.L et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atual em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. Dst. J. Bras. Doenças Sex.Transm., v.3, n.16 p.1- 8, 2004.

MORAIS, P.B.; AMORIM, R.F. Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à aids: resgatando algumas controvérsias enfrentada nas décadas de 1980 e 1990. Tempo Ciênc., v.18, n.35, p.95-113, 2011

NOS 40 anos da Epidemia da Aids, alto índice de HIV entre vulneráveis dificulta fim da doença no Brasil. **O Globo Digital**, 16 de junho de 2021. Disponível em: < https://oglobo.globo.com/saude/nos-40-anos-da-epidemia-da-aids-alto-indice-de-hiv-entre-vulneraveis-dificulta-fim-da-doenca-no-brasil-25063241> Acessado em: 10/04/2022.

NUNAN, A., JABLONSKI, B., & FÉRES-CARNEIRO, T., O preconceito sexual internalizado por homossexuais masculinos. Revista **Interação em Psicologia**. 14(2), 255-262, 2010. Disponível em: < https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/12212/13925> Acessado em: 09/04/2023.

ONU. Declaração dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: https://trello-attachments.s3.amazonaws.com/56144c98a4fd31edb5227151/5a207fd955d08cf17478f15a/375438e219c466a9e5a0c3a98d539a57/Na%C3%A7%C3%B5es_Unidas_Livreto_70_Anos.pdf Acessado em: 25/03/2023.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Interface – Comunic. Saúde Educ., v.6, n.11, p.25-38, 2002.

PROJETO de lei que altera Código de Trânsito causa polêmica. **GloboPlay, 05/06/2019**. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/7668513/> Acessado em: 25/03/2023.

PUTTI, A. Ministério da Saúde encerra redes sociais com informações sobre HIV/Aids. Carta Capital, 24 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/ministerio-da-saude-encerra-redes-sociais-com-informacoes-sobre-hiv-aids/> Acessado em: 25 de março de 2022.

QUINET, A. A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. A lição de Charcot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. As 4+1 condições da análise. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. Os outros em Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____. A Política do psicanalista: do divã para a polis. Rio de Janeiro: Atos e Divãs Edições, 2021.

QUINODOZ, J.M. Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, p.1067-1078, 2004.

RECENTE e fatal, Aids deixa brasileiros em pânico. **O Globo**, Rio de Janeiro, 31 de maio de 1987. Matutina, O País. Disponível em < https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=198019870531> Acessado em: 23/03/2022.

REDE GLOBAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV (GNP+), ET AL., Sumário executivo: índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids – Brasil. 2019. Disponível em: < https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/10/2019_Indice-de-Estigma_Discriminacao.pdf> Acessado em: 25/03/2023.

REGRA. Dicionário Online de Português. Disponível em: < https://www.dicio.com.br/regra/ > Acessado em: 25/03/2023.

RESENDE, T. A., Curso noções básicas do Terceiro Setor. **Escola Aberta Terceiro Setor**. 2021. Disponível em: <https://www.sebrades.com.br/sebrades-cursos/nocoes-basicas-do-terceiro-setor/> Acessado em: 04 de abril de 2021.

RIBEIRO, M. A. C. Trabalho apresentado na II Jornadas Clínicas – O Imaginário na Clínica das Neuroses, Niterói, maio de 1994.

RIBEIRO, D.; BERTH, J. Empoderamento: feminismos plurais. São Paulo: Pólen, 2019. Disponível em: <https://www2.unifap.br/neab/files/2021/01/Empoderamento-Feminismos-Plurais-Joice-Berth.pdf> Acessado em: 21/04/2023.

ROSA, M. DOMINGUES, E., O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188,

ROUANET, S. P., A morte e o renascimento das utopias. **Folha de São Paulo**. 25/06/2000. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2506200004.htm Acessado em: 06/04/2023.

_____., Razão cativa. São Paulo: Braziliense, 1985.

ROUDINESCO, E. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÃO PAULO. Lei Estadual n. 11.199/02, de 12 de julho de 2002. Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências. São Paulo, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. 1989. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf> Acessado em: 21/04/2023.

SEMINÁRIO Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. 11 a 14 de agosto de 2002, São Paulo.

SERPA, T. CALAZANS, R. Psicanálise e Instituição: entre clínica e política. *In:* Psicanálise, Universidade e sociedade. Rio de Janeiro: Cia. De Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2011, p.301-316.

SILVA, A. N. N., Homossexualidade e discriminação: o preconceito sexual internalizado. Tese (Doutorado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, I.B.N. et al., Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. Revista **Contexto & Saúde**. 2021;21(44):322-331. Disponível em: < https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9528/6921> Acessado em: 25/03/2023

SILVA, L. A. V., *Barebacking* e a possibilidade de soroconversão. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1381-1389, jun, 2009. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csp/a/Y4H4XhS3CMpY84qRLWJwHbG/?lang=pt&format=pdf > Acessado em: 09/04/2023.

SILVA, R.O. Charles Darwin: ateísmo e evolucionismo no século XIX. In: História debates e tendências: PASSO FUNDO, V. 20, N. 1, P. 53- 69, JAN/ABR 2020. Disponível em: < http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/10411/114114907> Acessado em: 25/03/2023.

SÓFOCLES. Réi Édipo. 496AC-406AC. Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000024.pdf> Acessado em: 25 de março de 2022.

SOLER, C. Homens, mulheres: 2014-2015. São Paulo: Aller, 2020.

STRELOW, V. Depois do diagnóstico. E-BOOK. Disponível em: https://vanessastrelow.com.br/e-book-hiv/ Acessado em: 23/12/2022.

SUPERINDETECTÁVEL, Juventude e raça na luta contra a Aids | Rafuska Queiroz & Lázaro Silva & Marcia Rachid **Youtube**, 06 de setembro de 2020. Disponível em: < https://www.youtube.com/watch?v=Y-tZ4jrfq_k> Acessado em: 24 de abril de 2022.

TALEB, N. N., A cama de Procusto: aforismos filosóficos e práticos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2022.

TREVISAN, L. S. Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeio: Record: 2000.

UBIRAJARA, D. O mundo foi criado há 12 mil anos (9977 a.C. – 2023 d.C.). **Recanto das Letras**. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/artigos-de-religiao-e-teologia/2599112> Acessado em: 25/02/2023.

"UMA pessoa com HIV é uma despesa para todos aqui no Brasil", diz Bolsonaro. Ricardo Villela. Rio de Janeiro. **GLOBOPLAY**, 05/02/2020. Disponível em: < https://globoplay.globo.com/v/8298412>. Acessado em: 25/07/2022.

UNAIDS (2019a). Prevenção Combinada do HIV. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/preven%C3%A7%C3%A3o_combinada.pdf>, acessado em: 11/08/2019 às 19:00.

UNAIDS (2019b). UNAIDS e PNUD pedem que 48 países e territórios removam restrições de viagem relacionadas ao HIV. Disponível em: < https://unaids.org.br/2019/06/unaids-e-pnud-pedem-que-48-paises-e-territorios-removam-restricoes-de-viagem-relacionadas-ao-hiv/#:~:text=*%20Os%2048%20pa%C3%ADses%20e%20territ%C3%B3rios,%2C%20Jord%C3%A2nia%2C%20Cazaquist%C3%A3o%2C%20Kuwait%2C> Acessado em: 25/03/2023.

UNAIDS (2020). Como a discriminação afeta a vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil? **Youtube**, 13 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://youtu.be/KaVXxzBhKrI> Acessado em: 25 de março de 2022.

UNAIDS (2021). Relatório informativo – Dia Mundial da Aids 2021. Disponível em: < https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2021_12_01_UNAIDS_2021_FactSheet_DadosTB_Traduzido.pdf> Acessado em: 25/07/2022..

UNAIDS (2023a). Conheça seus direitos. Disponível em: <https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/> Acessado em: 01/03/2023.

UNAIDS (2023b). Estigma e discriminação. Disponível em: <https://unaids.org.br/estigma-e-discriminacao/> Acessado em: 02/03/2023

UNAIDS (2023c). Índice de estigma no Brasil. Disponível em: < https://unaids.org.br/indice-estigma/#:~:text=Esta%20vers%C3%A3o%20%C3%8Dndice%20de%20Estigma,abril%20e%20agosto%20de%202019.> Acessado em: 03/03/2023.

VALAS, P. **As dimensões do gozo:** do mito da pulsõ à deriva do gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 20011,

VALLE. C.G. Identidades, doença e organização social: um estudo das “Pessoas Vivendo com HIV e AIDS”. Horiz. Antropol., v.8, n.17, 2002.

VOLPE, B. Morte e vida posithiva: uma autobiografia não autorizada. Santos, SP: Realejo Edições, 2016.

ZAFIROPOULOS, M. Lacan e Lévi-Strauss ou o retorno a Freud (1951-1957). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.