

O SUJEITO NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO PSICANALÍTICO COM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM HIV/AIDS

Dorivaldo Pantoja Borges Junior¹

Breno Ferreira Pena²

RESUMO:

O presente texto foi proferido durante o I Congresso Paraibano de Psicanálise Lacaniana, que ocorreu em agosto de 2026, em João Pessoa/PB. Compondo o eixo “Psicoses, políticas públicas e instituições”. Como contribuição ao debate proposto, abordou-se brevemente o trabalho do psicanalista na instituição de saúde, com pacientes hospitalizados com HIV/aids. Nesse contexto, a noção de sujeito lacaniano serviu como fio condutor para o trabalho com outros operadores conceituais importantes para a discussão.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Hospital; HIV/aids.

Este trabalho advém de experiências vivenciadas durante a coleta de dados para a construção da minha tese de doutorado sobre a direção do tratamento psicanalítico na hospitalização por aids, no contexto da saúde pública paraense, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, na linha de pesquisa Psicanálise: teoria, clínica e cultura. Tais reflexões, ainda preliminares partem da escuta de uma mulher trans de 23 anos, a quem chamo pelo codinome Flor, para preservar a sua identidade. A paciente foi uma das primeiras participantes da minha pesquisa, realizada em um hospital de referência no cuidado à saúde de pessoas que vivem com HIV em nosso estado.

¹ Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFGA), na linha de pesquisa “Psicanálise: teoria, clínica e cultura”. Pós-graduado em Psicanálise com Crianças e Adolescentes pelo IPOG. E-mail: dorivaldopsi@outlook.com

² Doutor em Psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Pós-doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor na Faculdade de Psicologia (FAPSI) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFGA). E-mail: brenopena@hotmail.com

O encaminhamento da paciente para atendimento ocorreu pela psicóloga de referência da DIP, a enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Como informações iniciais do caso, soube que a paciente já tinha sido escutada por outros colegas psicólogos de referência em outras enfermarias. Além disso, soube também a respeito de comportamentos agressivos da parte de Flor em relação à equipe de saúde.

Ao me apresentar à beira do seu leito e oferecer escuta, pude ter acesso a outros elementos que estavam para além da palavra “agressividade”: decepções profissionais, vínculos familiares fragilizados, mudanças repentinas de rotina por conta da hospitalização e dois diagnósticos comunicados à paciente: o HIV+ e um possível câncer de estômago.

Entre as leituras que sustentam a minha prática clínica, recordei-me do que Maria Livia Moretto comenta em seu livro *A abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde* (2019): a doença e a hospitalização se dão como acontecimentos na vida do paciente, diante dos quais ele precisará responder de alguma forma, criar uma experiência.

Desse encontro, gostaria de destacar um fragmento clínico: *“Eu sinto o meu corpo queimando! Me irritam todas essas pessoas hipócritas que vêm falar comigo, dizendo que tudo vai melhorar. Os médicos dizem que a minha vida vai voltar ao normal se eu tomar os remédios. Como é que volta ao normal, doutor? Não será o que era antes de tudo isso acontecer”* (sic).

A partir da fala da paciente, questionei-me, de saída, a respeito das respostas do sujeito do inconsciente ao processo de hospitalização que toma o seu corpo como objeto do saber médico pautado em sinais e sintomas, e não em sua subjetividade. Além disso, outra particularidade pode ser destacada: incide também sobre o sujeito, durante a hospitalização, o efeito dos estigmas sobre a aids, que atravessam historicamente o laço social há mais de 40 anos desde o início da epidemia no Brasil.

A partir da fala da paciente, circunscrevi três pontos centrais que gostaria de compartilhar aqui, que serão norteadores do meu trabalho: 1. O antes e depois que a hospitalização por aids estabelece na vida da paciente; 2. A comunicação médica de que a vida volta ao normal se a paciente seguir com o seu tratamento corretamente; 3. O furo feito pelo sujeito e a sua resposta subjetiva: que vida normal seria essa? Importante comentar que, quando Flor foi

encaminhada ao atendimento clínico, a queixa principal foi de agressividade. Mas o que falava através dessa agressividade? Para além do enunciado, o que falaria o sujeito da enunciação?

Moretto (2019) menciona que o foco do psicanalista não é necessariamente a doença como acontecimento na vida do paciente, mas a experiência subjetiva do sujeito adoecido mediante o seu trabalho psíquico. Em nossa pesquisa realizada em um hospital público de referência no atendimento de pessoas com HIV na Amazônia paraense, discutimos que além de precisar lidar com os efeitos psíquicos da hospitalização e todas as mudanças que ela acarreta na vida do sujeito (procedimentos invasivos, mudanças na rotina, entre outros), ele também lida com o efeito imaginário dos estigmas sobre o vírus (levando em consideração que a maioria dos pacientes escutados descobriu o vírus durante a hospitalização, já em uma condição de aids).

Um ponto fundamental mencionado por Moretto (2019) é que o acontecimento já exige do sujeito uma resposta, sendo a agressividade uma possibilidade, mesmo que ainda não se trate da construção de uma experiência singular propriamente dita. Eis, então, a oportunidade de o analista operar a sua função: em relação ao paciente, oferecer um espaço para que ele fale sobre si e, quanto à equipe, transmitir que na agressividade (tomando como exemplo o caso de Flor), há um sujeito que grita, cujo corpo queima, e fura a objetividade idealizada pela lógica médica.

Observamos uma disjunção entre o sujeito e a lógica médica, pois, por mais que se preze pela máxima objetividade no diagnóstico e tratamento de doenças, a dimensão subjetiva não cessa de dar notícias, inclusive através de comportamentos vistos como “negativos”. Se de um lado, de forma objetiva, foi comunicado à paciente que sua vida voltaria ao normal caso ela seguisse com seu tratamento corretamente, do outro, o sujeito irrompe a cena com uma questão sobre a sua divisão, estremecendo a orientação recebida.

A objetividade tão idealizada cai por terra, pois os antirretrovirais (que sim, podem ajudar o paciente a alcançar um estado de indetectabilidade e, por consequência, intransmissibilidade) não abarcam o impacto psíquico do acontecimento, ou seja, escutar do saber médico que sua vida “voltará ao normal” não garante ao sujeito uma apropriação de sua história e a construção de uma experiência singular.

Novamente, então, questioneei: de que vida normal Flor fala? Podemos observar que esse significante condensa algo de sua posição subjetiva como sujeito atravessado pelo HIV em uma dimensão biológica (carga viral que pode ser diminuída pelo uso dos antirretrovirais) e social (estigmas, que permeiam o laço social desde o início da epidemia, que estão para além do fator biológico). Com o passar dos atendimentos, a “vida normal” mencionada pela paciente se desdobrou em outros conteúdos: relações familiares fragilizadas, preconceito por ser uma mulher trans, impactos do adoecimento no corpo da paciente, desvelando o desamparo escancarado pela doença como acontecimento.

Flor também fez desabrochar em mim outros questionamentos, a respeito da minha prática investigativa: 1. A partir de quais operadores teórico-clínicos o psicanalista atua nesse cenário? 2. Que interrogações podem ser colocadas pela psicanálise e à psicanálise no tocante a isso? Tais questionamentos, que ainda estão em processo de maturação para a construção de uma tese em psicanálise, de forma preliminar, já decantaram pontos significativos, tais como a direção do tratamento psicanalítico no contexto de hospitalização por aids, a presença da psicanálise entre os demais saberes que circulam na pólis e seus efeitos no âmbito da saúde pública, todos articulados a partir dos conceitos de alienação e separação (Lacan, 1964/2008) e de analista cidadão (Laurent, 2009).

Iniciando pela dinâmica entre alienação e separação, trata-se do próprio processo de constituição psíquica do sujeito no campo do Outro, de onde partem os seus significantes primordiais, porém, tais conceitos também dão notícias da operação do analista na direção do tratamento: operar para que o sujeito se reposicione diante de tais significantes (tomados por ele como ideais) e possa produzir os seus próprios a partir de um saber construído por ele. Ao final do período de atendimento de Flor, pude observar um reposicionamento da paciente, pois não era mais a “vida normal” que estava em jogo, mas sim a vida possível a partir do desejo da própria paciente.

Sabemos que o trabalho realizado no hospital é diferente da análise realizada no *setting* tradicional, entretanto, ainda assim algo pode ser produzido nesse cenário. Além disso, vale destacar que a infecção e a descoberta do HIV comumente se dão em um outro momento da vida do sujeito, contudo, nossa hipótese é que ele se posiciona subjetivamente diante do acontecimento a partir de seus significantes primordiais, seus ideais de vida, demandas e fantasias.

Não à toa, muitas vezes a descoberta da doença desvela a condição de desamparo primordial do sujeito, abalando sua vida psíquica. No trabalho de escuta, o psicanalista ajuda o paciente a construir uma experiência singular, elaborando questões, aberturas a novas produções subjetivas.

Por fim, no tocante à psicanálise na pólis, no campo da saúde pública e trabalho multiprofissional, o conceito de analista cidadão se mostrou como um importante operador teórico-clínico, pois demarca a posição do analista diante das questões de sua época (a aids como um problema de saúde pública e a entrada da psicanálise em instituições de saúde pública como o hospital). O psicanalista não se exime de pensar tais questões, entretanto, sempre o faz a partir da centralidade do sujeito desejante, que escapa das tentativas de adequação, por excelência marcado pela divisão subjetiva que faz furo nos discursos que se pretendem totalizantes.

A “vida normal”, para o sujeito desejante, é de outra ordem. Eis, então, a potência da ética do desejo como política norteadora da operação do analista no trabalho clínico com o paciente hospitalizado (mesmo que sua prática não se limite a isso dentro da instituição de saúde). Para finalizar, gostaria de retomar o fragmento da crônica “Aids”, de Rubem Alves (2010, p. 131), que utilizei na epígrafe da minha dissertação de mestrado (Borges Junior, 2024): “Quem sabe haverá poetas que saberão dizer aos doentes de Aids as palavras que os arrancarão dos túmulos onde os nossos olhos os colocaram. E então até os outros se alimentarão da mesma comida...”.

Desde o mestrado, e agora no doutorado, tenho refletido sobre dois pontos centrais que condensam o que foi abordado durante este trabalho: 1. O poeta que o autor menciona poderia ser pensado como o analista, que viabiliza a construção de um espaço ao sujeito adoecido; 2. As palavras que arrancariam tais sujeitos dos túmulos não seriam ditas por outra pessoa, mas sim pelos próprios sujeitos hospitalizados.

REFERÊNCIAS:

BORGES JUNIOR, D. P. **A transferência na hospitalização por HIV/aids:** possíveis implicações na sua manifestação e no seu manejo. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2024.

LACAN, J. **O seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

LAURENT, É. O analista cidadão. In: LAURENT, É. **A sociedade do sintoma:** a psicanálise, hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007, p. 248-264.

MORETTO, M. L. **A abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** São Paulo: Zagodoni, 2019.