



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JUCÉLIA PEREIRA FLEXA

**A SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM AIDS:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Belém

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JUCÉLIA PEREIRA FLEXA

**A SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM AIDS:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicanálise: teoria e clínica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cleide Guedes Moreira
Co-orientador: Prof.^o Dr.^o Paulo Roberto Ceccarelli.

Belém

2013

**A SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM AIDS:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

JUCÉLIA PEREIRA FLEXA

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação do Curso de Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Cleide Guedes Moreira e Co-orientação do Prof.^o Dr.^o Paulo Roberto Ceccarelli.

Aprovado em/...../ 2013

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira - Orientadora
Universidade Federal do Pará - UFPA - PA

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli - Membro
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC - MG

Profa. Dra. Airle Miranda de Souza – Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA – PA

Profa. Dra. Roseane Nicolau de Freitas – Suplente
Universidade Federal do Pará – UFPA - PA

Pela sorte que tive de ter vocês na minha
vida: Wilson (in memoriam) e Luzemira.

Aos meus filhos Rodrigo e Lorena,
grandes amores!

AGRADECIMENTOS

À Ana Cleide Guedes Moreira, minha orientadora, onde as palavras faltam para dizer de minha imensa gratidão e admiração. Pelo apoio, incentivo e aprendizado nesta jornada diariamente desafiadora da clínica com pacientes com HIV/aids.

À minha querida tia-mãe Terezinha Flexa, que foi presença constante em todos os momentos de minha vida e que em 2012 partiu. Uma grande trajetória de mulher. Amava amar!

A Rodrigo e Lorena, meus filhos infinitamente amados, que entre erros e acertos me ensinam a ser mãe.

A minha mãe Luzemira que cuidava de mim, enquanto eu cuidava da dissertação.

Ao meu pai, Wilson, eternamente em meu coração.

Ao Profº. Paulo Roberto Ceccarelli, co-orientador desta dissertação, pelos valiosos ensinamentos compartilhados.

À Silvia Souza, que acolheu minhas inquietações durante esta fase do Mestrado.

À minha amiga Eliane Azevedo, pelas horas de trocas, desabafos e angústias compartilhadas!

À Ronildo Silva pela amizade e colaborações nesta dissertação.

Aos meus colegas da SESPA e HUIBB, que sempre me viam com as minhas sacolinhas de livros por toda parte, pelas palavras de apoio e carinho.

A todos os pacientes que vivem com o HIV/aids e particularmente à Larissa (nome fictício), que aceitou participar deste estudo.

“Não se nasce mulher: torna-se”.

Simone de Beauvoir (1949)

RESUMO

A *feminização* do HIV/aids é uma realidade no Brasil, de acordo com os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde. Este trabalho fundamenta-se no referencial da psicanálise e apresenta o estudo de caso de Larissa, paciente do ambulatório do Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Partiu-se da hipótese que as mulheres que vivem com o vírus HIV/aids, podem apresentar consequências subjetivas, diante de um diagnóstico traumático associado a tabus como morte e sexualidade. Para Larissa ter aids significava rejeição, discriminação e abandono pelo companheiro e pais. Nos atendimentos trouxe sua preocupação em como contar ao companheiro sobre o vírus, temendo sua reação agressiva, além de relatos sobre sua infância e adolescência de conflitos com os pais, das agressões por parte do pai, e queixas em torno de sua mãe, principalmente voltadas a nada ter-lhe dito sobre sexualidade. Em seus relacionamentos amorosos com homens com problemas com a lei, pode-se pensar, segundo anuncia a teoria psicanalítica, em seu desamparo, conduzindo-a ao masoquismo. O ideal de amor de Larissa junto a esses parceiros aponta para aspectos de um amor romântico, em que esperava encontrar no parceiro proteção e confiança. Ressalto que esta pesquisa aponta ainda, um mal estar em falar da sexualidade, corpo e desejo feminino entre mães e filhas, ou seja, ausência de educação sexual que, no caso de Larissa, deixou-a à mercê dos parceiros, sem recursos para se proteger de doenças como a aids e, da gravidez na adolescência. O relato de Larissa está em consonância com os de outras pacientes mulheres vivendo com HIV, investigadas nesta pesquisa, e pode servir de alerta sobre a problemática apresentada nos dados do Boletim Epidemiológico do Brasil 2012, onde é crescente a incidência de casos de infecção pelo HIV em jovens de 13 a 19 anos, sendo as mulheres em maior número. A escuta clínica, para Larissa, ao poder falar de sua sexualidade, permitiu encontrar os significados dos aspectos traumáticos vivenciados em sua infância e adolescência, encontrar-se com seus conflitos internos e seu sentimento de desamparo, pensar sua relação com a mãe e suas filhas e, finalmente, afirmar que estava “aprendendo a ser mulher”, o que significava, para ela, estar “mais preparada” para a vida.

PALAVRAS-CHAVES: hiv/aids, feminino, mulheres, sexualidade , psicanálise

ABSTRACT

The *feminization* of HIV/aids is a reality in Brazil, according to the Health Ministry's epidemiological data. This work is based on the psychoanalysis referential and presents the case study of Larissa, outpatient at the ambulatory for Specialized Assistance in HIV/aids of the University Hospital João de Barros Barreto. The starting point was the hypothesis that women living with HIV/aids may present subjective consequences before a traumatic diagnosis associated with taboos such as death and sexuality. For Larissa having aids meant rejection, discrimination and abandonment by her partner and parents. On her visits she expressed her concern with how to tell her boyfriend about the virus, fearing an aggressive reaction, talked about her childhood and an adolescence of conflicts with her parents, her father's aggression and complained about her mother, mainly for her not having said anything related to sexuality. In her romantic relationships with men and problems with the law, one might think, according to psychoanalytic theory, that her helplessness may have lead her to masochism. Larissa's ideal of love with these partners points to aspects of a romantic love, in which she expected to find protection and trust. Furthermore, this research also highlights the presence of uneasiness between mothers and daughters realted to talks pertaining to sexuality, the body and female desire, that is, the absence of sexual education which in Larissa's case, left her at the mercy of her partners, without resources to protect herself from diseases such as aids and teenage pregnancy. Larissa's account is in line with those of other female patients living with HIV, investigated in this research, and can serve as a warning to the problem presented on the Brazilian Epidemiological Bulletin of 2012's data, where the incidence of cases of HIV infection in young people from 13 to 19 years is increasing, women being the majority. For Larissa, being able to talk about her sexuality at the clinic, allowed her to find the meanings of the traumatic aspects experienced in her childhood and adolescence, to face her internal conflicts and her sense of helplessness, to think about her relationship with her mother and her daughters and, finally, to say she was "learning to be a woman", which, for her, meant being "more prepared" for life.

KEYWORDS: hiv/aids, female, women, sexuality, psychoanalysis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. AIDS: O CENÁRIO ATUAL DA EPIDEMIA.....	20
1.1. O vírus HIV/aids.....	20
1.2. Aids no mundo e no Brasil.....	22
1.3. O Pará e as mulheres.....	24
1.3.1. Aids no Pará.....	26
1.4. As políticas de enfrentamento à feminização da aids.....	28
1.5. A Declaração de Washington 2012: “Virando o jogo juntos”.....	28
2. RELATO CLÍNICO.....	30
2.1. Considerações sobre pesquisa em psicanálise em um atendimento ambulatorial do Sistema Público de Saúde	30
2.1.1 O Serviço de Assistência Especializado em HIV/aids do Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	31
2.2. Larissa: “Aprendendo a ser mulher”.....	36
3. AIDS E MULHERES.....	42
3.1. O impacto do diagnóstico.....	42
3.2. Sexualidade e preconceito.....	47
3.2.1. O sentimento inconsciente de culpa.....	49
3.3. Narcisismo e escolha amorosa.....	54
3.3.1. Ideal de Eu e o ideal de amor.....	58
3.3.2. Amor, luto e melancolia.....	63
4. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE.....	66
4.1. Freud, psicanálise e sexualidade feminina.....	66
4.1.1. A inveja do pênis.....	69

4.1.2. O complexo de Édipo e o de castração.....	72
4.1.3. A mãe como objeto original.....	73
4.1.4. O feminino, seus contextos e deslocamentos.....	76
4.2. A pulsão, o recalque e o sintoma.....	78
4.3. O masoquismo e o feminino.....	81
4.3.1. Birman: Desamparo, feminilidade e masoquismo.....	83
5. SOBRE O RELATO CLÍNICO.....	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	97
Apêndice A – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	98
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
ANEXO.....	100
Aceite do Comitê de Ética	

INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo tema começou no ano de 2005, como psicóloga recém-concursada da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA) e lotada em uma unidade de acolhimento (UAT- Unidade de Acolhimento Temporário) que recebe pessoas dos municípios do Estado para realizar tratamento em HIV/aids na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais – URE-DIPE. Em 2007, ingresso como psicóloga do Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE), do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência em internação de pacientes diagnosticados com o vírus HIV/aids no Pará e que atende desde os primeiros casos identificados como de HIV/aids ocorridos no Estado.

Contribuição importante que se somou a essa trajetória foi a participação enquanto pesquisadora do projeto “Relações de gênero, psicanálise e produção de subjetividade: vulnerabilidade e a feminização da epidemia de HIV-aids em Belém e Barcarena”, coordenado pela Prof.^a Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, professora da pós-graduação do curso de psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Em 2010, novo projeto foi aprovado pelo CNPQ: “Relações de gênero, feminismos, sexualidade, vulnerabilidade e a feminização da epidemia HIV-aids em Belém”, sendo que parte da pesquisa de campo foi realizada no SAE do HUJBB.

Essas experiências na assistência e enquanto pesquisadora, trouxeram para mim as primeiras impressões e reflexões sobre as repercussões psíquicas que a aids acarreta a essas pessoas. Em muitas ocasiões, acompanhando mulheres em estágios mais avançados da doença, estas relatavam, entre momentos de silêncios profundos e choros, seus relacionamentos amorosos, separações e abandonos, culpas, traições, revolta, desejos. Nesses momentos, as questões do feminino atrelados a aids foram me levando a direcionar uma atenção maior aos possíveis comprometimentos para as mulheres, e em particular, à sexualidade, pelos contornos diferenciados de subjugação, restrições, condenações e punições que o exercício da sexualidade feminina pelas questões morais, culturais e históricas se apresenta.

Nos primórdios da Revolução Francesa, no século XVIII, já se identifica a luta das mulheres por direito à cidadania, a um lugar fora da casa que consistia como o único lugar de

reconhecimento como esposas e mães. Fora deste espaço lhes restavam a vida religiosa ou a acusação de bruxaria. Segundo Maria Rita Kehl (2009) até metade do século XIX os homens ocupavam o espaço público e as mulheres o privado, ou seja, reservadas ao espaço doméstico, não produziam diferença na vida social.

Na segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas do século XX iniciam-se as manifestações pelos direitos políticos das mulheres, de votar e serem votadas, constituindo-se assim o primeiro movimento organizado feminista do mundo, espalhado na Europa e Estados Unidos. Os movimentos feministas que surgem ao longo da história, com suas especificidades de época e local, que começam a reivindicar uma inserção da mulher na vida pública e na conquista de direitos civis e políticos, trazem à tona temas tabus, como a sexualidade da mulher (PINTO, 2003).

No Brasil, os primórdios do movimento feminista situam-se da virada do século XIX para o século XX até 1932, quando as mulheres conquistaram o direito de votar. Para além da luta por direitos políticos, surgem também discussões, expressas por mulheres cultas, em geral professoras, escritoras e jornalistas, defendendo a educação da mulher e falam da dominação dos homens e no interesse deles em deixar a mulher fora do mundo público, além de tocarem em temas considerados delicados na época, como a sexualidade e o divórcio (PINTO, 2003).

Segundo Pinto (2003), no período de 1932 até 1970 apontam contextos diferenciados do movimento feminista no Brasil e no mundo. Na Europa e nos Estados Unidos o cenário era de grande efervescência política, da revolução de costumes, de radical renovação cultural, enquanto no Brasil o clima era de ditadura militar, repressão e morte. O movimento emerge novamente no Brasil no período do governo do General Emílio Garrastazu Médici, na década de 1970, porém a questão da saúde da mulher só se torna um dos temas centrais do movimento feminista a partir da década de 1980, propondo questões que envolviam controvérsias e preconceitos: planejamento familiar, sexualidade e aborto.

Diante desses marcantes acontecimentos na história política e econômica do mundo, dos avanços tecnológicos, principalmente da comunicação e informação, e de importantes movimentos sociais e culturais, como o dos hippies, pregando-se uma maior liberdade sexual entre as pessoas, com discussão sobre a sexualidade e emancipação feminina, contrapondo-se com os rigores da moral sexual e religiosa do tradicional modelo de família burguesa, que

surtem no início da década de 1980 os primeiros casos de aids. Ainda sobre o susto do ebola, que surgiu nessa mesma época, também apavorando a todos pela morte rápida, em que o medo diante das incertezas e vulnerabilidade da vida do homem colocou à prova o seu saber científico, novamente o mundo se deparou com essa outra grande ameaça à vida humana.

Logo as principais comunidades científicas, como a dos Estados Unidos, sob a coordenação de Robert Gallo, e da França, com Luc Montagnier, se colocaram a pesquisar o que era que estava causando a morte de determinadas pessoas em tão pouco espaço de tempo. A inserção da mídia nesse período como importante divulgador e alarde dos perigos dessa doença, levou os estudos sobre a aids enredar por caminhos diferentes, para além de uma conotação biomédica, se tornando uma doença de forte cunho social e de discursões sobre a conduta sexual das pessoas. Porém, há de se ressaltar, conforme identificado na pesquisa de Loyola (1994) sobre a “Percepção e prevenção de aids no Rio de Janeiro”, que o conhecimento da aids pelas pessoas através dos meios de comunicação de massa foi encontrado em 94% dos informantes como sendo: “desde que ela virou moda”, “desde a morte do Cazuzá”, “desde o Rock in Rio”.

O desconhecimento da ação do vírus da aids no corpo e forma de contaminação, desses primeiros anos, deixou marcas profundas, trouxe pânico, dor, perdas e expôs “doenças maiores” no meio da sociedade, como o preconceito e a exclusão. “Qualquer doença grave ou incurável suscita, em sociedades como a nossa, ideologicamente medicalizada e individualizada, esse mecanismo de defesa psicológica de auto exclusão e transferência dos riscos para fora, para o outro” (LOYOLA, 1994, p. 52).

Isso trouxe como consequência, que se associando o vírus HIV/aids aos homossexuais, usuários de drogas e pessoas de comportamento sexual tido como promíscuo, pouca importância se deu ao número de casos que foi aumentando ao longo dos anos: o das mulheres.

O perfil epidemiológico da aids foi, por muitos anos, delineado pelos casos de homossexuais masculinos, contribuindo para que essa síndrome fosse vista como um problema relacionado ao gênero masculino (BRITO ET AL,2000; GIACOMOZZI & CAMARGO, 2004). Desconsiderou-se assim a incidência de casos de mulheres, que segundo Guimarães (2008), já no final da década de 1980, o Programa Nacional de DST/HIV/AIDS reportou um aumento expressivo de casos de mulheres e crianças infectadas pelas vias sexual

e perinatal, onde em 1986, a razão dos casos homem/mulher era de 17/1, e cinco anos após, 1992, a razão de casos já situava-se em 5/1 .

O dossiê “Mulheres e HIV/aids: elementos para construção de direitos e qualidade de vida”, publicado pelo Instituto Patrícia Galvão (2003) aponta a mesma situação: de que como a aids foi vista como um problema de homens, as mulheres em menor número e menos organizadas não eram objeto de preocupação. Ainda segundo o dossiê, a concepção de “feminilidade” associada à submissão sexual das mulheres aos homens, em suas múltiplas manifestações, tem sido exaustivamente apontado como um dos obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV. Mais recentemente também tem sido discutido como as marcas do gênero impõem barreiras não apenas para a prevenção, mas também trazem dificuldades específicas no viver com HIV. Sobre esta questão esse estudo aponta para as limitações de produções e circulações de informações que abordem especificamente o impacto do HIV na vida das mulheres.

Guimarães (2008) que participou em 1987 da primeira pesquisa sócio antropológica no Brasil tomando como estudo de caso o município do Rio de Janeiro, identificou nesse estudo que as mulheres não classificadas como prostitutas eram ignoradas como casos clínicos de aids quando se tratava de sua sexualidade tida como passiva, daí advindo a subnotificação e pouca visibilidade.

Pesquisas realizadas (GIACOMOZZI & CAMARGO, 2004; GUIMARÃES, 2008) apontam que a incidência de aids tem aumentado entre indivíduos com relações heterossexuais estáveis em regime de conjugalidade, e, em se tratando de mulheres, a maioria tem se contaminado por conta do parceiro.

Silva (2002) conduzindo uma pesquisa do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (NEPAIDS), “O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados”, encontrou como resultado que para o gênero masculino era considerado natural não ter a esposa com única parceira sexual e o uso do preservativo no casamento ocorria apenas com objetivo contraceptivo. Observou-se nesse estudo também que o significado de fidelidade para os homens está atrelado a dois universos: “dentro” do casamento e “fora” do casamento, determinados por padrões culturais de masculinidade.

Giacomozzi & Camargo (2004) em pesquisa realizada com mulheres, “Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da aids”, os resultados demonstraram o conhecimento da doença e essas mulheres serem informadas sobre a forma de prevenção, mas não apresentando o uso de preservativo no seu relacionamento conjugal em virtude de um sentimento de segurança no casamento e na confiança em seu parceiro. Este estudo considera que para uma intervenção junto à população deve-se privilegiar o trabalho com casais, pois essas questões envolvem ambos os parceiros, com suas significações, crenças, tabus, difíceis de serem mudados.

Sobre esse novo panorama epidemiológico da epidemia, a feminização, Maria Amélia Portugal (2003), em sua tese de doutorado “Preservativos masculino e feminino: velhas e novas negociações”, aponta para a seguinte situação da mulher:

A entrada massiva das mulheres nos dados notificados demonstra que a vulnerabilidade feminina desvela uma história marcada tradicionalmente pela subordinação e dominação, pela falta de poder dentro das relações afetivo-sexuais e pela invisibilidade e silenciamento de suas experiências cotidianas mais íntimas. Dentro da dicotomia existente para o universo feminino, as mulheres “de família”, as “decentes”, “direitas”, do lar vêm sendo pouco enfocadas nas pesquisas e intervenções praticadas (PORTUGAL, 2003, p.16).

Nayla Santos et al (2009) no artigo “Vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras” apresenta resultado de um estudo financiado pelo Programa Nacional de DST/aids e do Centro de Referência e Treinamento DST/aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Realizado em 13 municípios, distribuído nas cinco regiões brasileiras, com 1.777 mulheres que convivem com o HIV/aids e 2.045 mulheres sem diagnóstico, usuárias de serviços públicos de atenção à saúde da mulher, foi encontrado uma alta proporção de mulheres infectadas por seus parceiros fixos e do uso inconsistente de preservativos, sugerindo não apenas uma baixa percepção do risco, como também a impossibilidade de negociar de modo efetivo o uso do preservativo.

Em uma pesquisa em São Paulo com 1.068 mulheres vivendo com o HIV, Paiva (2002) reflete que os serviços de saúde falham em reduzir a vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV/aids ao adoecimento e aponta que os desafios que se impõe a vida afetiva de uma mulher após diagnóstico de HIV é pouco retratado na literatura. Realiza os seguintes questionamentos: como garantir cuidados com a saúde sexual e reprodutiva que considerem os direitos, os valores pessoais e as fases da vida de cada paciente? Como ajudá-los a contar para novos parceiros que são portadores do HIV? Como manter permanentemente a

motivação para o uso do preservativo, a necessidade de se proteger e ao parceiro da reinfeção? Como lidar com os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico na vida sexual, como a depressão e o isolamento?

Lígia Polistchuck (2010) em sua pesquisa “Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres”, onde foram aplicados questionários para 250 homens e 729 mulheres em dois centros de referência para HIV/aids da cidade de São Paulo, entre setembro de 1999 e fevereiro de 2002, identificou que para muitas pessoas, após receberem o diagnóstico, levou a percepção da infecção pelo HIV como perda da sexualidade e levando a decisões como abstinência sexual. A diferenciação de discursos onde o feminino fica comumente centrado na contextualização romântico afetiva, nas sensações, e o masculino, à prática do ato sexual em si. Segundo a autora, o modo da mulher vivenciar o sexual engloba o ideal de plenitude amorosa, de entrega total ao outro e desejo de fusão simbolizados no ato sexual que se chocam com a prescrição normativa do uso do preservativo que representa uma barreira simbólica na qual a desconfiança é avessa ao pacto amoroso. Diante desse panorama, a feminização da aids, Polistchuck (2010) aponta para uma maior discussão sobre o papel das mulheres e dos homens dentro do casamento e relacionamentos, os significados de cada um frente ao sexo, as possibilidades de negociação e as relações de poder que se estabelecem nos relacionamentos.

Sexo e morte, temas muito presentes quando se trata de aids, pelos tabus decorridos que lhe são associados, reflito, então: o que é viver com tais implicações na sexualidade? É “morrer” em vida? Que lugar o desejo toma? Penso não só no momento tão crucial da revelação do diagnóstico em que essas mulheres ficam expostas ao peso social e psicológico, mas que significações dão a sua sexualidade a partir daí, haja vista o crescente número de mulheres com diagnóstico de HIV encontrar-se na faixa etária de maior intensidade de vida sexual e período de estabelecimento de vida em comum, entre os 20 e 49 anos, com planos de filhos, muitas em relacionamentos estáveis em que se sentiam protegidas da aids, outras descobrindo há poucos minutos da chegada de um filho, como os relatos de mulheres que foram diagnosticadas através de testes rápidos realizados antes do parto¹.

Se em tempos de aids por muitos anos acompanhamos o silenciamento do aumento de casos de aids em mulheres, em parte se deve também a dificuldade de se falar da sexualidade

¹ Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a testagem para o HIV é recomendado a partir do 1º e 3º trimestre da gravidez. Gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do Teste Rápido para HIV.

feminina mais especificamente. Embora muitas conquistas tenham ocorrido pelos movimentos de emancipação da mulher “não fizeram desaparecer a forma privilegiada como as mulheres, mais do que os homens, investem no fenômeno amoroso, mesmo em nossos tempos” (ZALCBERG, 2007, p. 6).

A psicanálise como uma teoria desenvolvida por Sigmund Freud no final do século XIX e início do século XX, e que trouxe concepções totalmente inovadoras ao tema da sexualidade humana, proporcionou um novo olhar à sexualidade e ao desejo, ampliando a noção de sexualidade a “uma disposição psíquica universal e extirpando-a de seu fundamento biológico, anatômico e genital, fazendo dela a própria essência da atividade humana” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 704).

Nos trabalhos desenvolvidos por Freud a questão da histeria se confunde com as que ele coloca sobre a mulher. Ao tratar as primeiras histéricas, Freud percebe que as cenas de sedução relatadas por suas pacientes, na verdade, o traumático, era a recordação da cena. A histeria assim, segundo Roudinesco e Plon (1998, p.337) “possibilitou não apenas a existência de uma clínica freudiana, mas também o nascimento de um novo olhar sobre a feminilidade”.

Já na época de Freud, psicanalistas mulheres, tais como Helene Deutsch, Marie Bonaparte, Jeanne Lampl-De Groot, Ruth Mack-Brunswick, surgem e começam a pensar a questão da sexualidade feminina, no debate aberto já por Freud que funda a primeira associação de psicanálise e participa vigorosamente da polêmica dos anos de 1920 e 1930, sobre a temática feminina, com a participação das primeiras psicanalistas e dos movimentos feministas em expansão. Segundo os historiadores não foi pequeno o debate e impôs pensar as teorias de Freud e da psicanálise a propósito, sendo que a partir de 1945 foi em torno do livro de Simone de Beauvoir “O segundo sexo” e das teses de Jacques Lacan, Michael Foucault e Jacques Derrida que o debate sobre a sexualidade feminina, em particular nos Estados Unidos, evoluiu para uma interrogação mais radical sobre a diferença entre os sexos, e mais tarde sobre a distinção entre o sexo e o gênero (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Freud em 1905 escreve “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” que se torna uma referência em seus estudos sobre a sexualidade humana, apresentando aí os precoces caminhos do desenvolvimento sexual desde a infância. Já neste texto dos “Três ensaios” (1905) afirma Freud que a vida amorosa do homem é a única que se faz acessível à investigação, enquanto que a da mulher “permanece envolta numa obscuridade ainda

impenetrável” (FREUD, 1905, p.143). Sentimento que perdura em Freud, onde em 1932, em seu texto “Feminilidade”, apresenta as mulheres como um enigma, e de que “a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher – uma tarefa difícil de cumprir” (FREUD, 1932b, p.117).

Apesar das incertezas e até da análise fracassada, como a de Dora, Freud segue atrás do “enigma”. Segundo Berlinck (1988) uma formulação sobre a sexualidade feminina surge de maneira explícita e sistemática nos escritos de Freud de 1925, no texto “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos”. Mais tarde desenvolveu textos específicos sobre a sexualidade feminina, sendo eles: “Sexualidade Feminina” (1931) e “Feminilidade” (1932b).

É no arcabouço teórico da psicanálise que também iremos encontrar conceitos, em especial o narcisismo, que nos permitem pensar a clínica de pacientes que vivem com o vírus HIV/aids, e no caso, as mulheres e seus laços amorosos. Para Grunberger (1988) o amor é a questão essencial da vida da mulher, e afirma:

A sexualidade da mulher tem uma orientação nitidamente narcísica, e o que chamamos de amor carrega muito claramente a marca dessa orientação, tanto mais que ele é, sem dúvida alguma, para a mulher, “o grande negócio de sua vida”; ao menos na nossa civilização, entende-se que a mulher faz do amor o problema essencial e central de sua existência, enquanto que o homem passa por um período amoroso (a adolescência, mais ou menos prolongada, fase narcísica por excelência) e, em seguida, supõe-se que passe a ocupar-se com as “coisas sérias”, o homem amoroso passando facilmente por efeminado e o “amante tímido”, por uma figura mais ou menos ridícula (GRUNBERGER, 1988, p. 81).

Discorri aqui nesta breve introdução, de um lado, o surgimento da aids, os estigmas associados a esses primeiros tempos e ainda perpetuados, por outro as mulheres em busca de uma melhor posição social, espaço na área pública, conquistas que sem dúvida nos dias atuais alcançados por muitas, porém as diferenças de gêneros se fazem presentes, e no caso da aids, com repercussões no aumento do quadro de mulheres infectadas, o que já muitas pesquisas vem retratando a respeito.

No que me propus investigar, me vejo diante de mulheres já vivendo com o vírus HIV, atingidas de forma significativa suas vidas afetivas e sexualidade. O estudo aqui desenvolvido propõem-se a investigar as consequências na subjetividade de mulheres adultas, do diagnóstico positivo para o vírus HIV, atendidas no Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do Hospital Universitário João de Barros Barreto, pretendendo contribuir para um entendimento do tema no Estado do Pará, que vem ao longo dos anos apresentando umas das

maiores taxas de incidência de casos de HIV/aids em comparação ao restante do Brasil, conforme dados epidemiológicos do Ministério da Saúde que serão demonstrados em capítulo desta dissertação.

Desta forma inicio este trabalho com um panorama da questão da aids e sobre a feminização e sua epidemiologia mais recente publicada. No segundo capítulo discorro sobre as bases teórico metodológicas que pretendem dar sustentação ao material clínico deste trabalho, contextualizando o local de atendimento dessas mulheres e pacientes em geral, e discorro sobre a história e vivência de Larissa², uma paciente atendida por mim no ambulatório do SAE/HUJBB.

No terceiro capítulo “Mulheres e Aids”, apresento os aspectos psicológicos desencadeados a partir do recebimento da notícia de um diagnóstico de HIV, o que emerge e acarreta na vida de uma pessoa, e especialmente no caso da mulher, discorrendo como tais impactos que se apresentam na clínica, assim como as implicações nas suas vidas afetivas e sexuais futuras. Pensando nas questões inerentes ao imaginário social construído em torno da aids e de outro lado, as questões associadas a vivência da sexualidade feminina, apresento o tópico: “Sexualidade e preconceito”, e com um tópico à parte, sobre o “sentimento inconsciente de culpa”, a partir desse conceito desenvolvido por Freud. A seguir, no que confere ao que considero parte de suma importância deste trabalho para sua compreensão geral, é a questão amorosa das mulheres. Este tópico denominei de “Narcisismo e escolha amorosa” e trago como tópicos que complementam o desenvolvimento do tema: “Ideal de eu e ideal de amor” e “Amor, luto e melancolia”.

No quarto capítulo apresento as principais contribuições da psicanálise sobre a sexualidade feminina. Freud ao estudar os meandros do desenvolvimento psicosexual do sujeito vai analisando como meninos e meninas percebem as diferenças sexuais. Nesse contexto apresento como tópicos: “O complexo de Édipo e o de castração”; “A inveja do pênis, “A mãe como objeto primordial” e “O feminino, seus contextos e deslocamentos”. Sigo apresentando alguns conceitos psicanalíticos fundamentais na teoria da sexualidade de Freud: pulsão, recalque e sintoma. E finalizando este capítulo, discorro sobre as contribuições da psicanálise nos conceitos de masoquismo, o feminino e o desamparo.

² Nome fictício.

No capítulo cinco realizo a discussão teórico clínico a partir do relato de Larissa, e por fim, no capítulo seis, trago minhas considerações finais ao trabalho aqui desenvolvido.

1 AIDS: O CENÁRIO ATUAL DA EPIDEMIA

1.1 O VÍRUS HIV/AIDS

A aids, da sigla em inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, também mais conhecido a partir de sua sigla em inglês, HIV –*Human Immunodeficiency Virus*, que ataca as células de defesa do corpo humano. Com o sistema imunológico comprometido, o corpo fica mais vulnerável a diversas doenças, como um simples resfriado ou a infecções mais graves como a tuberculose e o câncer. A transmissão pode ocorrer através do contato com sangue, sêmen, secreções vaginais ou leite materno contaminado, ou seja: em relações sexuais sem uso de preservativos, transfusão de sangue, da mãe para o bebê na gravidez ou amamentação e no uso de seringas contaminadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quando uma pessoa entra em contato com o vírus, em geral os anticorpos do vírus se desenvolvem em torno de seis a doze semanas, ou seja, aproximadamente três meses. Nesse período inicial, de três a seis semanas, após terem contraído o vírus HIV, algumas pessoas podem apresentar sintomas semelhante a uma gripe: febre, mal-estar, sintomas gastrointestinais, que podem durar de duas a três semanas. Entretanto, algumas pessoas não experimentam quaisquer sintomas nas primeiras semanas após exposição ao vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A maioria das pessoas expostas ao vírus são assintomáticas, podendo permanecer longo período sem apresentarem sintomas, porém podem difundir o vírus, principalmente pela via sexual sem proteção.

A aids sintomática está presente quando começa a surgir em geral um processo neoplásico específico (sarcoma de Kaposi ou linfoma) ou uma infecção oportunista envolvendo protozoários (*Pneumocystis carinii*, *toxoplasmose gondii*), fungos (*cryptococcus neoformans*, *cândida albicans*), vírus (citomegalovírus, herpes simples) ou

bactérias. De forma geral, as oportunistas mais presentes são: tuberculose, pneumocistose, diarreia crônica com perda de peso, neurotoxoplasmose, neurocriptococose e citomegalovirose (KAPLAN E SADOCK, 1993).

Os testes para identificação da infecção pelo vírus HIV são realizados através de coleta de amostra de sangue. O teste mais utilizado para a detecção de anticorpos anti-HIV no organismo é o Elisa (do inglês *Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*). Em alguns casos, pode ocorrer, o que se denomina de falso positivo (resultado positivo para o HIV em uma pessoa não contaminada), por isso a recomendação de repetição do teste. Outro teste utilizado é o Western-Blot, que em geral é solicitado quando se quer confirmar o resultado inicial do Elisa.

Atualmente no Brasil os testes são realizados em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), pertencentes à rede pública de saúde. Nesses centros, além da coleta e realização do exame, é oferecido o aconselhamento pré e pós testagem com o objetivo de facilitar a interpretação do resultado do teste pela pessoa. O teste comumente disponibilizado é o “determine”, mais conhecido como teste rápido por seu resultado levar aproximadamente 20 minutos para ficar pronto. Com o resultado positivo em um desses centros de testagem, a pessoa é encaminhada para uma Unidade de Referência em HIV/aids da rede de saúde pública, onde deverá realizar novos exames anti-hiv, para no caso, de confirmar o resultado positivo, iniciar o acompanhamento ambulatorial.

O fato de a pessoa estar infectada pelo vírus HIV não acarreta necessariamente já o início do tratamento medicamentoso – com o uso dos chamados antirretrovirais. Para isso, são realizados dois exames: o CD4, que detecta o número de células linfócitos T CD4 no organismo, que vem avaliar como está a defesa do corpo; e a carga viral, que vem identificar o número de vírus HIV no corpo da pessoa.

Desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, o Ministério da Saúde vem garantindo o acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com o HIV e tenham indicação para recebê-lo, conforme as recomendações terapêuticas vigentes no Brasil. De acordo com o documento “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV”, de 2007/2008, a ampla utilização da terapia antirretroviral (TARV) ocasionou em um reconhecido impacto no programa brasileiro de DST/aids como a melhora dos indicadores da morbidade, mortalidade e qualidade de vida para os que fazem o

tratamento. Contribuiu, porém, para o quadro crônico degenerativo assumido pela doença na atualidade, ocasionando nas pessoas que já fazem uso da TARV conviverem com os efeitos da toxicidade dos medicamentos, como a lipodistrofia, coinfeções e ou variantes virais resistentes ao tratamento.

1.2 AIDS NO MUNDO E NO BRASIL

Em 1977 e 1978 são registrados os primeiros casos de aids no mundo: nos Estados Unidos, Haiti e América Central. O reconhecimento da doença ocorre em meados de 1981, nos Estados Unidos, pelo elevado número de casos em pessoas do sexo masculino, homossexuais. No Brasil, é identificado o primeiro caso de aids em 1982 na cidade de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ainda no ano de 1982, a aids era denominada de doença dos 5 H, em referência aos: homossexuais, haitianos, hemofílicos, heroinomânicos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo em inglês), logo estes grupos passaram a ser identificados como “grupos de risco”, e pela referência ao primeiro grupo, esta doença foi pejorativamente chamada de “câncer *gay*” e “ peste *gay*”. Não pouco tempo depois de sua descoberta, em 1983 é registrado o primeiro caso de aids no Brasil no sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Expandindo-se por todos os continentes, a aids se configura como uma pandemia, de proporções alarmantes em especial nos países do continente africano, principalmente na África subsaariana, onde a situação se faz dramática ocorrendo 69% casos de infecção das 34 milhões de pessoas vivendo com o vírus no mundo, segundo dados da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas), levantamento realizado até final do ano 2011. Aproximadamente metade desse número de pessoas adultas infectadas é do sexo feminino (15,7 milhões). Na África e no Caribe aproximadamente 60% das pessoas vivendo com HIV são mulheres.

De forma ousada diante do panorama até o momento apresentado, a *Unaid Report on the Global Aids Epidemic 2012* quer alcançar a meta de erradicação de novos casos de aids até o ano 2015 e para isso tem como proposta de atuação uma combinação de ações preventivas: prevenção da transmissão via sexual do HIV com mudança incluindo mudança

de comportamento, uso do preservativo, circuncisão, foco nos trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens e acesso a terapia antirretroviral.

Segundo a *Unaid's Report (2012)* a complexidade da mudança de comportamento sexual envolve conhecimento, motivações e escolhas, que são influenciadas por normas sócios culturais, assim como os riscos possíveis em uma relação, benefícios imediatos e consequências futuras. Consideram ainda o uso do preservativo como a tecnologia mais avançada para redução da epidemia, entretanto há uma redução do uso em países com alta incidência do vírus HIV. Nesses países³ há pouco conhecimento sobre preservativos, principalmente na população de mulheres jovens. A circuncisão masculina se apresenta também como uma medida redutora de infecção pelo HIV, com adoção de treinamento de profissionais de saúde para administrar procedimentos de circuncisão, e há uma aposta na sua atualização principalmente pelos países mais afetados pela aids. Nos usuários de drogas, as mulheres, em comparação aos homens drogaditos, são consideradas mais vulneráveis, pois são mais suscetíveis a violência.

A descoberta dos medicamentos antirretrovirais na década de 90 deu novos rumos à infecção, um panorama de esperança frente à quase 0% de expectativa de vida que uma pessoa tinha após o diagnóstico de aids. O Brasil passou a produzir o AZT, única medicação disponível àquela época. Estes medicamentos atuam no aumento das células de defesa e diminuição da replicação do número de vírus e é recomendado a todas as pessoas diagnosticadas com o vírus HIV que estiver com CD4 abaixo de 350m³ (MINISTÉRIO DA SAUDE DO BRASIL, 2012).

No Brasil o epicentro da aids embora tenham sido São Paulo e Rio de Janeiro, estabilizou-se na região Sudeste, mas espalhou-se por todo o país, crescendo mais nas cidades com menos de 50 mil habitantes, mais rapidamente entre mulheres e em grupos de baixa escolaridade e renda (PAIVA et al,2002). A isto se identifica o novo perfil que a aids vem assumindo nos últimos anos: a feminização, a pauperização, e a interiorização.

Nos dados do Boletim Epidemiológico Aids – DST Versão Preliminar ano 2012, divulgados pelo Ministério da Saúde, foram notificados no Brasil 656.701 casos de aids

³ Segundo a *Unaid's*, nove países registraram incidência de 25% de aumento de casos de aids: Bangladesh, Geórgia, Guiné-Bissau, Indonésia, Cazaquistão, Quirguistão, Filipinas, República de Moldova e Siri Lanka.

acumulados de 1980 a junho de 2012, sendo 426.459 no sexo masculino e 230.161 no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo, observado nesses relatórios principalmente a partir do ano de 1985, onde a razão masculino/feminino era de 26,4 casos. Houve a partir daí uma queda acentuada, registrando-se em 2005 a razão de 1,4. Os dados de janeiro à junho de 2012, apresentam a razão de 1,7 entre homens para cada caso em mulheres.

Importante ressaltar que este Boletim de 2012 alerta para a preocupante situação apresentada na análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos, onde o número de casos é maior entre as mulheres, e esta inversão se apresenta desde 1998. Analisa que embora os jovens tenham conhecimento sobre prevenção em aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há uma tendência ao crescimento do HIV.

Nos dados da Unaid, o Brasil não aparece no levantamento sobre mudanças de incidência de aids entre adultos de 15-49 anos, considerando-se o Brasil, assim como a China e a Rússia Federativa, países onde a epidemia se apresenta de forma complexa, incluindo múltiplos grupos populacionais com diferentes comportamentos de risco, assim como suas diferenças geográficas (UNAIDS REPORT EPIDEMIC 2012). Podemos pensar assim realmente nas complexidades que se apresentam no Brasil, a começar pela sua territorialidade, suas cinco regiões com características distintas de colonização, grupos raciais com suas influências nos costumes e relações de gênero.

1.3 O PARÁ E AS MULHERES

O Estado do Pará é o segundo maior estado do Brasil com uma extensão de 1.248.042,515 km², e uma população de 7.321.493 habitantes, distribuídos em seus 144 municípios. São residentes na sua capital, Belém, 2,1 milhões de habitantes. Esse contingente populacional é formado por indígenas, negros, brancos, ribeirinhos e asiáticos. Historicamente recebeu imigrantes portugueses, espanhóis, italianos e japoneses, além das influências africanas e indígenas. Há cerca de 31 etnias indígenas espalhadas em 298 povoações, totalizando mais de 27 mil índios (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ 2013).

Com uma cultura diversificada, pelo artesanato de herança principalmente indígena, danças com forte influência africana, como o carimbó e lundu e uma mitológica própria com seus personagens extraídos da natureza e dos poderes dos deuses indígenas como Tupã.

Especificamente sobre as danças, o lundu, é a dança mais sensual do folclore paraense. O tema está centrado no convite do homem a mulher para um encontro sexual. A dança desenvolve-se com a recusa da mulher, mas com a insistência do companheiro ela acaba por ceder. O “ato sexual” acontece quando o casal realiza a umbigada- movimentos sensuais de requebro. Na época do Brasil Império foi proibida pela Corte e pelo Vaticano, mas depois esse decreto foi esquecido e o lundu voltou a ser praticado (PARÁ HISTÓRICO: MITOS E LENDAS, 2013).

Desde a primeira chegada dos colonizadores portugueses em 1616, havia o interesse da exploração econômica da extração dos recursos minerais e naturais do vale amazônico. Há de se considerar a participação da Igreja Católica como empresa colonizadora, que aqui chegando na condição de missionários, concorriam com os colonos na aquisição de terras e comercialização das riquezas da região. Após uma longa história de colonianismo, um marcante fato foi a revolução da Cabanagem, ocorrida em 1835, considerando-se que um terço da população morreu. Viveu ápices de sua ascensão econômica com a borracha, e décadas depois, com o ouro na Serra Dourada. Todos esses momentos de muita mobilização populacional, de imigrantes chegando e sediando-se nas pequenas cidades em busca de trabalho e condições melhores de vida. Atualmente, participam de sua economia projetos grandes de mineradores, e nessas áreas, são grandes os contingentes populacionais que se agrupam (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2013). Barcarena é uma dessas cidades, e que registra um número elevado de casos de aids e principalmente em mulheres.

Interessante retratar aqui um recorte do imaginário registrado nos mitos e lendas amazônicas e que permeiam a cultura, e a figura feminina enraizada nesses contos. A lenda das Amazonas é uma delas, consideradas um grupo de mulheres guerreiras, etimologicamente “A-Mázos”, que significa “sem seios”. Provavelmente viviam nas montanhas de Tumucumaque, mas os Tapajós as conheciam como “cunhantensequina” ou “mulheres sem marido”. A Iara é outra encarnação do feminino amazônico, mito baseado nas sereias dos contos homéricos, é uma ninfa loira de corpo deslumbrante e beleza irresistível, seduzia os homens com seu canto, que enfeitiçados morriam jogando-se nas águas.

Jurupari é uma denominação Tupi para “um demônio particular”. A lenda diz que veio do céu para buscar uma mulher perfeita para ser esposa de Coaraci, o Sol, mas não diz se encontrou. Enquanto viveu entre os homens, estabeleceu leis morais e normas de conduta:

instituiu a monogamia, a higiene pessoal, restituiu o poder aos homens que viviam o poder matriarcal (PARÁ HISTÓRICO: MITOS E LENDAS,2013).

A lenda do Boto é conhecidíssima entre os paraenses. O Boto é o grande encantador dos rios que se transforma num rapaz, todo vestido de branco e portando um chapéu, que esconde um furo na cabeça por onde respira. Percorre vilas e povoados, frequenta as festas e seduz as moças, quase sempre as engravidando (PARÁ HISTÓRICO: MITOS E LENDAS, 2013).

Das histórias de amor, já os indígenas pareciam saber dos infortúnios que atravessam os amantes: assim é a lenda da Vitória Régia, uma planta aquática, a rainha das flores amazônicas que floresce ao amanhecer e recolhe-se ao cair da noite, também conhecida como Jaçanã. A lenda narra o amor entre a índia Moroti e o guerreiro Pitá. Moroti querendo mostrar para as amigas o quanto era amada por Pitá, jogou a sua pulseira no rio desejando que o amado fosse buscá-la como prova de amor. O apaixonado joga-se no rio e não retorna. Moroti arrependida atira-se também no rio, tendo igual fim (PARÁ HISTÓRICO: MITOS E LENDAS, 2013).

Observamos que o feminino, a mulher presentes nesses mitos e lendas amazônicas apresentam as mesmas conotações encontradas em outras culturas: a imagem da mulher sedutora, outras vezes fálica, masculinizada, temida e nas relações afetivas, os jogos de sedução, conquista e dos amores sofridos, amantes vítimas das seduções e das tramas do amar.

Não é pretensão deste trabalho um estudo das raízes históricas e culturais amazônica, mas apresentar mesmo que de forma sucinta, um pouco do imaginário presente na cultura paraense, e que faz parte do contexto social das mulheres que chegam aos atendimentos ambulatoriais. O perfil das mulheres oriundas dos municípios, em geral, é de pouca escolaridade, cedo abandonaram a escola, às vezes para ajudar no sustento familiar, ajudando na agricultura, outras porque muito jovens iniciam a vida sexual e logo se tornam mãe. Em atendimento, pelos seus relatos, a vida doméstica é como se fosse um destino.

1.4. AIDS NO PARÁ

Os dados que se tem publicados sobre a incidência de casos de aids no Estado do Pará no Boletim Epidemiológico Aids – DST referem-se ao período de 1980 a 2009, onde foram

identificados 9.428 casos de aids, com incidência de 17,7 casos por 100.000 habitantes no período de 2008 à 2009. Desse total de casos, 6.030 foram no sexo masculino e 3.398, no sexo feminino. Estes dados apontam para uma estabilização da incidência de aids no estado do Pará nestes dois anos, mas um crescimento do número de casos se comparado aos anos anteriores. A mortalidade segue em crescimento no Estado do Pará, tendência da região Norte, enquanto nas demais regiões há uma redução da mortalidade.

No Boletim Epidemiológico Aids – DST 2012, com dados mais recente é observado o aumento de casos no Pará, sendo contabilizados 13.998 casos de aids diagnosticados e Belém sendo a 5ª capital do Brasil com maior número de incidência de casos. O importante deste dado é se considerarmos que ao longo dos anos houve uma drástica mudança nessa posição do Pará em relação às 27 capitais do Brasil: de 22º lugar no ranking de incidência no ano de 2000, no ano seguinte, 2001, subindo acentuadamente para 10º lugar, e nos últimos cinco anos mantendo-se entre as capitais com maiores números de incidência de casos de aids do Brasil.

Dez entre os vinte municípios da região Norte com mais de 50 mil habitantes, apresentam as maiores incidências de casos de aids notificados, referentes ao período do primeiro semestre de 2011, sendo a cidade de Belém figurando como a terceira com maior incidência. Os outros municípios do Pará listados são: Paragominas, Ananindeua, Tucuruí, Castanhal, Marituba, Bragança, Benevides, Redenção e Marabá (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO BRASIL, 2012).

No Boletim Epidemiológico do Estado do Pará 2010 apresenta o Pará como segundo estado na região Norte com maior incidência em crianças abaixo de cinco anos infectadas pelo vírus HIV. Uma situação triste e nefasta, considerando que por mais que uma grávida apresente o vírus HIV, há acompanhamento especializado com cuidados no pré-natal, parto e pós-parto para evitar o risco da transmissão vertical.

Os dados desse Boletim apontam que no restante do Brasil já há redução também dessa incidência, haja vista 88,3% dos casos serem referentes à transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho. Os seguintes fatores contribuem para essa realidade: a baixa cobertura de testagem para o HIV no pré-natal; a expansão do Projeto Nascer Maternidades apenas a partir de 2008; baixa oferta de testes com diagnóstico de infecção pelo HIV/aids pela população em

geral; e o aumento de número de casos de aids em mulheres, e sendo que em algumas regiões a razão de casos entre homens e mulheres já está invertida.

Um dado relevante apresentado no Boletim Epidemiológico do Estado do Pará de 2010 foi sobre o coeficiente de mortalidade, onde ocupa a segunda posição na região Norte, e quinto em referência a todas as capitais brasileiras. Este Boletim aponta as dificuldades que ainda se vê nos dias atuais:

Mais de duas décadas após a disponibilidade de terapia antirretroviral (TARV) de alta potência e do acesso gratuito e universal a estas drogas, o Pará ainda não teve o reflexo positivo no número de óbitos, casos novos de AIDS e necessidade de leitos de internação. Serviços como Hospital-Dia em aids são inexistentes no Estado. Atendimentos domiciliar terapêutico e atividades são pontuais em poucos serviços estaduais (BOLETIM DST AIDS PARÁ 2010).

1.5 AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO DA AIDS

Como os dados epidemiológicos apontando o crescimento das mulheres nas estatísticas de diagnóstico em aids no Brasil parece ter refletido em se propor uma política com foco nesse novo quadro. Em julho de 2007, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou e divulgou o “Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST” que apresenta como um dos seus objetivos específicos a promoção da qualidade de vida em mulheres HIV/aids e aponta ainda para as variáveis de desigualdade de gênero que devem ser consideradas: a inexistência ou insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos das mulheres; a persistência de um olhar à saúde da mulher com um foco meramente reprodutivo; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas e mulheres, falta de acesso a educação; a persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas como o uso do preservativo tanto masculino como feminino; a menor empregabilidade feminina; e a violência sexual e doméstica.

O Pará também se inseriu nessa política e em 2008 publicou um “Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST”, com dados de que desde 1980 ocorreram as primeiras notificações de casos de aids em mulheres, sendo o primeiro caso notificado em 1988, aumentando anualmente, e em 2008, estando na razão homens/mulheres infectados de 1,5, acompanhando a tendência nacional da feminização.

1.6 A DECLARAÇÃO DE WASHINGTON 2012: “VIRANDO O JOGO JUNTOS”

A XIX Conferência Internacional de Aids 2012, realizada em Washington, Estados Unidos, deu um destaque a questão da feminização da pandemia, 50% dos casos no mundo, com risco de contaminação nas relações heterossexuais. A pesquisadora Linda Scruggs defendeu priorizar as mulheres no que se refere à pesquisa, cuidado e tratamento em todos os níveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2012).

Nessa XIX Conferência diante da constatação de que apesar de todos os avanços científicos no campo do combate ao HIV/aids, muito ainda há de ser feito, foi produzido um documento denominado: A Declaração de Washington “Virando o Jogo Juntos”, com o objetivo de oficializar o compromisso de governos, pesquisadores, profissionais da saúde e sociedade civil no que juntos precisa-se para diminuir os casos de aids e melhorar as condições de vida dos que hoje convivem com o vírus HIV/aids. Inclui-se entre essas medidas: aumentar os investimentos para salvar vidas e evitar novas infecções; assegurar a prevenção do HIV, tratamento e cuidado com os que estão em maior risco e carentes: homens que fazem sexo com homens, transgêneros, usuários de drogas, mulheres vulneráveis, jovens, grávidas vivendo com o HIV, profissionais do sexo e outras populações afetadas; acabar com o estigma, a discriminação, as sanções legais e as violações de direitos humanos; aumentar o teste do HIV, aconselhamento e ligação com serviços de prevenção, cuidados e apoio; fornecer tratamento para todas as mulheres grávidas ou amamentando que vivem com o HIV para interromper a transmissão perinatal; expandir o acesso antirretroviral para todos que precisarem; identificar, diagnosticar e tratar a tuberculose; acelerar as pesquisas sobre os novos recursos para a prevenção e tratamento do HIV. O texto termina por convocar a todos os cidadãos no espírito da solidariedade e a “renovar a percepção de urgência da expansão global da luta contra aids. Precisamos começar a acabar com a aids - juntos” (MINISTÉRIO DA SAUDE BRASIL, 2012).

Os dados divulgados apontam para a preocupação de governos e organizações não governamentais no panorama da disseminação da aids, os grupos mais atingidos e vulneráveis a infecção, com estudos e propostas para conter seu avanço, até que um dia se consiga, já que há muitas pesquisas voltadas para mudar essa realidade, a descoberta de uma vacina ou de um tratamento de cura. Sonho acalentado por muitos que vivem a realidade diária de conviver com um tratamento árduo, de medicamentos potentes e que nem sempre se adaptam. A vida “normal”, quimera da era dos antirretrovirais, é questionada nos ambulatórios pelos pacientes. Nada mais era como antes, nos ensinam os pacientes.

2. O RELATO CLÍNICO

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE PESQUISA EM PSICANÁLISE EM UM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo (FREUD,1913).

A psicanálise, que foi um novo olhar sobre a sexualidade humana na época de sua invenção por Sigmund Freud, a partir de seus estudos principalmente com mulheres históricas, serviu como o referencial teórico no qual me amparo para as questões que se apontam na clínica, e assim fui delineando a proposta desta pesquisa. A pesquisa em psicanálise, segundo Berlinck (1999), faz parte da atividade clínica e da própria formação do psicanalista, baseado em sua análise pessoal, em sua atividade de supervisão e estudos que empreende.

Rinaldi (2002) propõe algumas questões a respeito dessa interseção entre a psicanálise e a pesquisa na universidade, ou seja, do que significa fazer pesquisa nesse espaço. Segundo esta autora:

Não se pode esquecer de que, no campo da psicanálise se trata primordialmente da pesquisa do inconsciente que envolve a clínica de cada sujeito, como Freud assinalou. Esse é o lugar privilegiado da produção do saber (RINALDI, 2002, p.179).

O sujeito que em um espaço ambulatorial, em uma instituição hospitalar, em geral, chega na ânsia, na expectativa de uma busca pela cura física, de sobrevivência de um corpo adoecido, na confiança de que os recursos oferecidos pela medicina, pelos avanços da ciência, tecnologia e da indústria farmacológica vão dar conta do seu problema. O

atendimento psicológico é oferecido então para o paciente como forma de escuta a minimizar o seu sofrimento psíquico diante destas questões limitantes do corpo, mas que está atravessada por questões peculiares que permeiam o espaço de atendimento, as relações com a equipe multiprofissional e a própria doença.

Vorcaro (2010) afirma que a psicanálise não se detém em muitas referências à técnica justamente para que não se fique reduzido a esta, pois se assim fosse “pressuporia a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e conseqüentemente apaga sua singularidade”.

Segundo ela:

A concepção do clínico sobre um tema de pesquisa reverbera sobre o método com o qual o caso foi abordado e tratado, produzindo interrogações não apenas relativas à capacidade e operatória da psicanálise para o tema tratado, mas também sobre o sujeito a que tal clínica se dirige. Portanto, considerando a função de pesquisa que cada caso tem para a psicanálise, a primeira interrogação que nos orienta é: o que fez de um sujeito na clínica um caso de pesquisa? (VORCARO, 2010, p. 14)

Segundo Freud, no seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), escreve:

Devo, contudo tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada a minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta (FREUD, 1912, p. 125).

Importante ressaltar ainda o que Freud nas “Cinco lições de psicanálise” (1910) chamou de transferência, ou seja, a série de sentimentos que o paciente consagra ao analista, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificadas nas relações reais, sendo portandos provenientes de antigas fantasias tornadas inconscientes. A transferência é o “verdadeiro veículo da ação terapêutica” (FREUD, 1910, p. 60), porém mesmo presente em todas as relações, em análise, ela surge como a resistência mais poderosa ao tratamento. Citando Freud:

Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente (FREUD, 1912, p. 119).

Pensando nesse sujeito da clínica apresento os contornos que se fazem presente no espaço ambulatorial de atendimento a pacientes HIV/aids, e as implicações na pesquisa, na metodologia a ser aplicada e como espaço de muitas reflexões sobre o método e a ética em psicanálise.

2.1.1 O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS DO HOSPITAL JOÃO DE BARROS BARRETO

Segundo definição do Ministério da Saúde do Brasil (2010) o Serviço de Assistência Especializada (SAE) é um serviço que presta assistência ambulatorial aos pacientes com diagnóstico de HIV/aids. O objetivo desses serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Podem estar inseridos em um hospital, ambulatório ou interligados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes que convivem com o vírus HIV/aids.

A cidade de Belém conta com três centros de atendimento para o tratamento do vírus HIV/aids: a Unidade de Referência a Doenças Infecciosas Parasitárias (URE-DIPE), que em sua abrangência regional atende pacientes de Belém e demais municípios do Estado, ligado a Secretaria Estadual de Saúde do Pará; a Casa Dia, da esfera municipal de saúde, atendendo clientela somente residentes em Belém; e a partir de 2007, especificamente, 26 de junho de 2007, o SAE HIV/aids do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), atendendo a demanda de pacientes do Estado do Pará. Este resultou de um projeto elaborado por profissionais do hospital, com o objetivo de proporcionar uma continuidade do acompanhamento, após alta hospitalar, pela equipe de saúde, principalmente aos pacientes diagnosticados durante hospitalização no HUIBB.

O HUIBB situado em área estratégica na cidade de Belém (Rua dos Mundurucus, n. 4.877) por sua localização entre dois bairros periféricos, o Guamá e a Terra Firme, constitui-se em um hospital que faz parte da própria história do desenvolvimento da área da saúde pública do Estado do Pará, em mais de cinquenta anos de funcionamento, por ter sido pioneiro no tratamento da tuberculose.

É um hospital de cinco andares, com a capacidade de 300 leitos de internação, atuando na assistência, ensino e pesquisa ligada a Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviço à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece consulta e internação nas especialidades como clínica médica, pneumologia, infectologia, pediatria, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, endocrinologia, cardiologia, urologia, neurologia e referência em urgência e emergência em meningite. No ano de 2012 foi inaugurado o serviço de atendimento a pacientes oncológicos – o UNACON – em parceria com o governo do Estado do Pará. Os consultórios do SAE estão situados no 1º andar do

prédio, setor oeste, consultórios 7, 8, 9 e 10, sendo que o ambulatório de psicologia é localizado no mesmo andar, porém no setor leste.

O ambulatório do SAE é composto por equipe multiprofissional constituído de: um médico preceptor e médicos residentes (último ano de residência em infectologia), um assistente social, um farmacêutico e um psicólogo. A psicologia oferece atendimento individual e grupal. O atendimento individual é realizado nos dias de segunda, quartas e sextas-feiras, no horário das 7 às 13hs. O atendimento grupal é oferecido nos dias de terça-feira, no horário das 9 às 11hs, com frequência semanal e coordenado por mim, psicóloga do setor. A atividade em grupo conta com a presença da equipe multiprofissional, objetivando maior esclarecimento sobre o tratamento e outros assuntos que permeiam o cotidiano das pessoas que vivem com o vírus HIV.

Nesse período de funcionamento, de junho de 2007 até dezembro de 2012, o serviço já cadastrou 429 pacientes sendo: 263 (61,30%) homens e 166 mulheres (38,60%). Aos pacientes são disponibilizados exames laboratoriais e, quando necessário, encaminhados para outros especialistas que atendem no hospital: nutricionista, odontólogo, cardiologista, endocrinologista, neuroinfectologista, etc.

Um dado estatístico observado nestes cinco anos de atividade do SAE é uma maior incidência de mortes em mulheres, 12%, em comparação com o quantitativo de homens, 5%. Para a maioria desses óbitos, os sintomas clínicos apresentados demonstravam um significativo avanço da doença, com descoberta e busca pelos serviços de saúde tardiamente.

Em geral, a demanda atendida são pessoas com baixa escolaridade, em grande parte sem profissão definida e vivendo de serviços braçais, domésticos, vendedores autônomos, etc. Alguns assalariados ou outros sem renda própria (como as mulheres donas de casa, dependentes financeiramente de seus companheiros ou maridos). Apresentam-se com poucas perspectivas de inserção no mercado de trabalho, pela reduzida qualificação profissional.

No SAE/HIV/aids, uma preocupação que se faz presente é a adesão do paciente ao tratamento. E muitos sentimentos são despertados entre os profissionais e pacientes nessa relação na condição de “aceitação” ao tratamento. E é na escuta dessa relação complexa com a doença, pacientes e familiares e todos os atores da equipe de saúde que esse trabalho ambulatorial da psicologia encontra seu principal campo de atuação.

Maria Livia Tourinho Moretto, em seu livro “O que pode um analista no hospital” (2001) nos aponta para a questão dessas relações, quanto à demanda ao psicanalista, que se apresentam no espaço hospitalar também análise que são verificadas em um ambulatório:

Quando o médico percebe que há uma distância razoável entre aquilo que o paciente pede, a cura, a saúde, e o que o paciente deseja. E não precisa ser médico ou psicanalista para saber que muitas vezes quando alguém pede algo, isso não é igual – às vezes é diametralmente oposto àquilo que se deseja. Há uma diferença entre aquilo que se demanda e aquilo que se deseja (MORETTO, 2001, p.75).

Nesse aspecto, a demanda do paciente ao terapeuta baseia-se em se encontrar com o seu desejo, que lhes faça um sentido, enlaçamento com suas próprias histórias de vida e das incertezas que lhes reserva em torno de um corpo adoecido.

Nessa perspectiva, penso que o ambulatório traz um trabalho desafiador e rico para o desenvolvimento de pesquisas e estudos. Apresenta também a possibilidade de levar até uma população de baixa renda o acesso a uma escuta analítica.

Ao cadastrarem-se no SAE/HUJBB, os pacientes são encaminhados a todos os serviços dos profissionais que compõem a equipe técnica (médico, psicologia, serviço social, nutrição, e já faz uso de medições antirretrovirais, o farmacêutico). Nesse primeiro momento a maioria dos pacientes, quando ainda sobre o impacto de recente diagnóstico de HIV/aids, demonstram sentimentos ambivalentes em relação a seguir a vida ou desistir dela. Muitos são levados por seus familiares, pois os pacientes encontram-se “perdidos” quanto às suas perspectivas de vida, com muito medo e com alto grau de ansiedade. Nesses primeiros encontros, a fala, em geral, dos médicos, é das possibilidades atuais dos medicamentos antirretrovirais enquanto controle do vírus no corpo, com expectativa de um retorno às suas atividades diárias quase “normais”.

Muitos pacientes parecem que se sentem imediatamente identificados como “pacientes de AIDS” ao entrarem no hospital (já que é referência no atendimento a pacientes HIV/aids) , e por conta disso, buscam somente o atendimento médico para pegarem a receita dos antirretrovirais e encaminham-se para a farmácia. Segundo Cedaro:

O portador de HIV, como usualmente são denominadas as pessoas que apresentam sorologia positiva ao exame que busca detectar tal agente viral, passou a ser percebido como alguém ameaçador, pois carrega dentro de si um ser que pode representar a antecipação de algo certo, porém que é intempestivo que é a morte. Dentro desse contexto, o portador de HIV tornou-se um representante concreto do próprio imaginário de muitas pessoas e em função disso passou a receber o mesmo tratamento dado àquela (CEDARO, 2005, p.17).

Considerando-se também que muitos pacientes são oriundos de municípios com pouco acesso à informação, e esses próprios pacientes, em geral, tem pouquíssima escolaridade, a visão do psicólogo ou é deturpada como a que trata de pessoas loucas ou é realmente desconhecida. Ocorrem situações também de não aceitação do atendimento psicológico, sendo, em geral as falas destes pacientes a de que “de nada adianta, já que agora é só mesmo tomar o remédio”, “é forte”, “não tem nenhum problema para contar para o psicólogo”.

O médico nesse caso, até por toda tradição e posição social adquirida ao longo da história é para os pacientes o grande detentor da autoridade sobre sua doença, quem vai dizer a verdade sobre sua doença física. Ao lado desse poder atribuído ao médico, em geral buscam suporte religioso, sendo a outra grande “verdade”, ao qual se apegam ferozmente. Na maioria dos casos, observam-se aí processos de negação da doença, com uso irregular das medicações, pelos conflitos psíquicos subjacentes, quando são novamente orientados para o psicólogo.

Há pacientes, contudo, que se encontrando muito deprimidos, ansiosos e confusos quanto a seus projetos e perspectivas de vida, buscam o atendimento psicológico, e até mesmo seus familiares, pedem atendimento para lidarem também com as angústias que se apresentam a partir do diagnóstico de HIV/aids daquele que pode ser um filho, irmão, marido, esposa. Com a continuidade dos atendimentos psicológicos há um abrandamento em geral das ansiedades despertadas.

Segundo Figueiredo (2000) a proposta freudiana é:

a de que se crie e se ofereça um espaço, um tempo e um suporte (o que inclui um limite) para as emergências psíquicas na forma de associações livres, recordações e repetições, vínculos e respostas transferenciais, o que inclui às vezes, inevitavelmente, *acting out* (FIGUEIREDO,2000, p.21).

A questão da sexualidade é um tema que nos atendimentos torna-se relevante, mas em geral apresenta-se na fala dos pacientes com suas preocupações sobre como comunicar o diagnóstico de HIV/aids ao parceiro, às vezes nem sempre presente nas consultas. Uma das primeiras questões, nesse caso, é em torno do contar, como contar e para quem contar. Duas rupturas se entrecruzam nesse caminho: a condição diante de uma doença que remete à finitude, à morte física e à morte de outras idealizações como a relacionada ao vínculo e vida afetiva amorosa e sexualidade.

O medo e a angústia de lidar com questões que remontam à intimidade parece desvelada com o diagnóstico e o medo de outros descobrirem sobre a doença parece esconder algo dessa natureza, de aspectos recalçados e reprimidos dessa vivência sexual.

A procura pelos atendimentos da psicologia acontece, em geral, sempre nos períodos iniciais de diagnóstico, recaídas de adoecimento ou quando surgem situações específicas e mobilizadoras, como conflitos nos relacionamentos familiares e amorosos. Assim, poucos são os pacientes que permanecem por um tempo mais prolongado no atendimento ambulatorial e suportando atravessar as angústias de um processo de análise. Segundo Vorcaro:

Transformar o atendimento clínico em um lugar de interrogação sobre a própria teoria psicanalítica e sobre sua transmissão convoca o clínico a suportar o insabido, testemunhando as ocorrências da clínica, problematizando conceitos que lhe são correlativos e expondo-se à refutação.

Para isso, é necessário que as ocorrências da clínica sejam acolhidas pelo clínico que as testemunham, de modo a constituírem-se em um obstáculo à decisão interpretativa imediata para assim interrogar o discurso teórico que a referenda (VORCARO, 2010, p.21).

Diante dessas situações, a busca de casos clínicos para minha pesquisa me trouxe algumas inquietações, acabando por escolher trazer a história de Larissa, que foi acompanhado por mim desde seu início de tratamento no SAE.

De acordo com Marcos et al. (2010) o que se impõe, no caso entre a psicanálise e a pesquisa, é a de saber como articular o singular da psicanálise e o universal ao qual anseia a pesquisa, mas foi através dos casos clínicos, da articulação entre teoria e prática, que as noções fundamentais da psicanálise foram construídas.

A psicanálise como saber deve poder conviver, questionar e ser questionada por outras disciplinas, enriquecer e ser enriquecida por elas, e a universidade é um lugar privilegiado de discussão e pesquisa dessas interlocuções. Sendo assim a psicanálise se inscreve na ciência como campo de saber muito mais amplo do que a prática clínica do consultório particular. A partir daí temos uma ampla possibilidade de discussão e pesquisa da problemática do sujeito contemporâneo, viabilizando modos de intervenção clínica-social tanto em seu aspecto clínico como institucional (MARCOS et al., 2010, p.107).

Acredito que este seja o jogo de xadrez, mencionado por Freud (1913), em que se pode saber o início e o fim, mas o percurso pode se revelar em infinitas jogadas. Escutar a verdade singular do sujeito, perceber as nuances do espaço e da instituição em que estava inserido, analisar as minhas próprias angústias e refletir a própria prática, foi o caminho escolhido para, a partir daí, pesquisar e escrever sobre as minhas inquietações na clínica.

2.2 LARISSA: “APRENDENDO A SER MULHER”

Larissa, 31 anos, moradora de Belém, três filhas. Trabalhava como empregada doméstica e estudava para concluir o ensino médio à época do adoecimento pelo HIV/aids. Descobriu o diagnóstico no final de 2007, internando-se com quadro clínico de toxoplasmose, doença oportunista da aids.

No início do tratamento no SAE, apresentava-se às consultas acompanhada da mãe, acompanhamento nesse momento necessário por apresentar sequelas motoras, com dificuldade para andar. A princípio uma demanda da equipe de profissionais do SAE se fazia à psicologia: a assistente social e médico do ambulatório relataram as discussões entre mãe e filha nas consultas, e a dificuldade de Larissa em aderir ao tratamento, considerados aqui tomar os medicamentos diariamente e nos horários, conforme prescrição médica.

Iniciou o atendimento psicológico em janeiro de 2008. Na primeira consulta agendada para Larissa, encontro mãe e filha aguardando-me. A mãe esperando encontrar em mim alguém que “desse juízo à sua filha”, queixando-se do comportamento rebelde, independente da filha, que gostava muito de sair e temia que as “companhias da filha” a levassem a voltar a beber e parar o tratamento. Mostrava-se preocupada ainda com os recorrentes esquecimentos da filha com sua medicação, temendo que voltasse a adoecer. Outro motivo que preocupava a mãe, era sobre o ex-companheiro de Larissa, que ainda não sabia de seu diagnóstico de HIV, e temia a reação deste se viesse sabê-lo, por considerá-lo agressivo e perigoso. Era usuário de drogas e envolvido em roubos, conforme relatou.

Larissa parecia estar ali altiva, apesar do aspecto emagrecido e de um corpo debilitado ainda pela doença, pronta para o embate frente aos ataques maternos, esperando também encontrar em mim alguém que saísse em sua defesa. A partir desse primeiro contato, escuto as demandas, peço à mãe que saia e passo a atender só Larissa.

Larissa relatou nessa consulta “confusão e atordoamento com o diagnóstico de aids”. Angustiada com as perdas, as dificuldades de aceitação das sequelas que alteravam sua rotina e atividades diárias como simplesmente tomar um café, já que não consegui ter força para segurar os objetos. Relatou assim algumas dessas perdas: não podia escrever, não podia cortar os alimentos e cozinhar, e, não poderia fazer o que mais gostava: dançar. Aproximava-se o carnaval e iria sentir muita falta, pois era o período em que mais se divertia. Outras mudanças ocorreram nesse período também: antes do adoecimento morava com as três filhas e um neto, em sua própria casa. Ao sair da internação, foi morar na casa dos avós maternos, em um

bairro mais afastado da cidade, e agora, encontrava-se na casa dos pais. Sobre o momento do diagnóstico, relata Larissa:

No início, quando eu descobri, eu achei que o mundo fosse acabar, eu não consegui encarar nem os meus pais...foi difícil, mas graças à Deus eu tive apoio deles, e hoje, ti falo como se fosse uma coisa simples, mas foi muito difícil. Pensei como ia falar para minhas filhas, tenho três filhas, como eu ia encarar as pessoas. O povo comentava...(LARISSA)

É porque é assim: a família, ela gosta da gente, ela apoia a gente, mas ela também critica. Então, naquele momento que meu pai falou, ele falou que queria meu bem, mas com um tom que ele me falou como se tivesse me discriminando, então eu fiquei com medo, fiquei com medo dele não me aceitar mais em casa. Quem ia me cuidar? Porque é assim: se os próprios familiares me recusarem, quem ia me acolher? Era esse o meu medo. Como você está doente naquele momento, você não tem situação financeira, não tem como, você trabalha para sobreviver. Naquele momento você não tá trabalhando, você sabe que você vai pegar muitas coisas pela frente....uma dificuldade grande...(LARISSA)

Fiquei afastada um tempo na casa de meus avós, porque eu estava muito fraca e o psicológico da gente mais baixo ainda (LARISSA).

Mas hoje em dia não me importo que os outros falem, até porque eles não tem certeza mesmo. Se falam é bem longe, nunca mais escutei ninguém falar. No início eu escutava, jogavam uma piadinha, mas hoje não. Mas foi porque eu fiz assim...eu fiz que as pessoas não percebessem o que eu tinha. Se eu demonstrasse e confirmasse, talvez eu não tinha aguentado (LARISSA).

No meio do relato dessas mudanças e perdas, falava de sua impaciência, irritabilidade em lidar com todas essas limitações e por sentir-se constantemente “vigiada” por sua família. Isola-se em seu quarto. Nesses momentos de introspecção que trás ao atendimento, fala que gostaria de conhecer palavras novas, que gostava de ler “dicionário”, no que me pergunta se eu não teria um para dar-lhe, já que não tinha. Pensei nesse momento o que ela poderia dizer com essas novas palavras que as antigas já não davam conta de dizer de si.

Nesses contatos iniciais, Larissa passa também a relatar-me sobre sua preocupação em como contar ao companheiro sobre o vírus HIV, com quem tinha um relacionamento de dois anos. Este, desde quando Larissa começou a apresentar os primeiros sintomas do adoecimento pela aids, havia desaparecido. Larissa, porém parecia acreditar no retorno do companheiro.

Sobre como se infectou com o HIV, Larissa relata relacionamento por quatro anos com um rapaz, que antes se relacionava com uma moça vizinha de Larissa. Esta vizinha era soropositiva e todos em sua rua sabiam a respeito. Seus pais e a mãe do rapaz a alertavam para que procurasse realizar o teste anti HIV. O companheiro negava o diagnóstico.

Uma vez fui a um pagode, conheci ele e começamos a se envolver. Ai passamos um tempo se conhecendo... e aí é aquela história, as pessoas nunca vão falar de cara.

Elas se aproximam, fazem gostar, e depois que elas...(pausa)...porém ele, quando chegaram a me falar, ele me dizia que não era (LARISSA).

O companheiro de Larissa, desde a primeira relação sexual não quis usar preservativo, no que permaneceram sem usar durante os anos de relacionamento. Sobre a utilização do preservativo Larissa diz: “mas depois que você passa a ter confiança. Esse foi um erro e foi aquela pessoa que me passou...aquela pessoa que eu passei a confiança e eu não tive a confiança dele”. Larissa descreve o parceiro: “Era uma pessoa muito boa, fazia tudo que eu quisesse, conversava muito, me dava carinho, me dava atenção, me ajudava no que ele podia...mas infelizmente...fez essa maldade comigo”.

Quando seu parceiro adoeceu pelo HIV/aids e foi internado, passou a acompanhá-lo no hospital, escondida dos pais, já que estes não aceitavam o relacionamento, por conta também do envolvimento deste com drogas, como usuário e tráfico. Após esse período, continuou com o relacionamento, e segundo me relata “por gostar dele” e o ameaçava caso ele quisesse deixá-la. Fiquei surpresa nesse momento com que Larissa me dizia, no que pedi que falasse mais sobre o que o ameaçava:

(...) dar parte dele, dele ter feito isso comigo caso ele me deixasse...(pausa e silêncio)...Aí chegou um tempo e vi que isto não estava certo não. Meu pai não gostava dele. Ele fez isso. Só que para mim era como se ele não tivesse passado. Eu não tinha certeza. Ficava naquela dúvida, só tirei a dúvida quando fiz o teste (LARISSA).

O relacionamento, porém chegou ao fim algum tempo depois. Segundo Larissa:

Aí a gente acabou se deixando porque eu vi que ele não se tratava...ele não queria...tinha acabado de sair daqui passou um tempo fazia tudo certo, mas depois foi desmoronando tudinho. Eu vi que se um dia precisasse dele não teria pessoa para me apoiar...(LARISSA).

Separou-se dele e quatro anos depois se viu frente a frente com o diagnóstico, quando por fim o vírus venceu as defesas físicas resultando em uma doença oportunista, a toxoplasmose. Há dois anos teve a notícia do falecimento do ex companheiro:

Por isso que as pessoas tem que fazer esse exame sem desconfiar de nada, que é mais fácil, por que da feita que a pessoa desconfia é muito difícil...foi passando ano, ...passando ano, até eu adoecer...eu não acreditava (LARISSA).

Sobre os anos seguintes, após separação, relatou ter tido outros parceiros usando o preservativo, mas não porque acreditava estar com o vírus: “na minha cabeça, não acreditava que estivesse...eu usava para me prevenir” (LARISSA). Sobre o preservativo relata dificuldade com o uso: “Os homens não gostam...eles não aceitam...só que com jeitinho...mas

é difícil, perde até o clima porque de tanto a gente ficar discutindo e ele insistindo...” (LARISSA).

Larissa relata que aos 13 anos começou sua vida sexual, sendo que com 14 anos teve sua primeira filha. Com esse primeiro parceiro teve duas filhas. Este havia morrido assassinado em 2005. Afirma desconhecimento sobre preservativos e relata que aos 15 anos estava na esquina da casa de sua avó junto com seu irmão de 16 anos quando encontrou uma camisinha no chão e disse para o irmão: “O que é isso aí? Pega esse balão aí”. “Meu irmão assoprou, aí o meu tio veio e disse: - Ei, menino, tira isso da boca!”. Seu irmão também não sabia tratar-se de um preservativo.

Do que apreendeu no contexto familiar de sua sexualidade é que nada era falado e o que ela fazia era proibido, vergonhoso. O que sabe sobre sexo foi conversando já adulta com outras pessoas. Sua mãe é descrita como uma mulher submissa e que “assistia às atitudes violentas do pai”. “A minha mãe até aquele momento escondia tudo...eu não sabia de nada. A vida é que me ensinou. Nunca conversou comigo, só me esculhambava..porque tu fez isso..porque tu fez aquilo” (LARISSA).

Relata não esquecer o dia em que ficou menstruada pela primeira vez, aos onze anos, quando ao acordar e vendo que sangrava foi perguntar à mãe: “mãe, minha calcinha está suja de sangue, acho que me cortei...”. Os irmãos começaram a zombar dela. A reação da mãe foi começar a bater nela no rosto com um lençol, marcando de forma traumática essa passagem de menina para mulher. “Meu mundo caiu ali”, completa Larissa. Lembra do pai como alguém que nessa hora a defendeu da agressão materna e bateu no irmão que zombava dela.

No período de sua adolescência relata que os pais não aceitavam seus namoros, e fugia muito de sua casa. Sobre a perda da virgindade, fez como uma forma de contestar os pais e sobre a primeira gravidez:

Foi um choque para a família toda...não só pra minha mãe, meu pai, ...família...incluindo todo mundo. Mas me apoiaram, não me recriminaram no início. “Poxa, tanto que eu avisei...”. Só falavam assim: “Tu fica na rua a noite toda, tu vai pegar uma doença, tu vai engravidar”. Eu sempre escutava isso, sempre, sempre...todos os dias eu saía. Falavam que eu me drogava, mas nunca me droguei, saía muito, mas saía pra namorar (LARISSA).

Relata ter sofrido muitos abusos físicos por parte de seu pai: “Meu pai me sentava, e conversava, e conversava, e conversava... ele passava umas duas horas conversando comigo, quando chegava ao final ele me espancava”. Enfatizou nesse atendimento sobre as surras que

levava do pai, descrevendo que mesmo quando chegava mais cedo em casa, o resultado era sempre a conversa, seguida de espancamento:

Então, toda noite eu saía! Eu sou uma pessoa de desafiar as pessoas...tipo assim, quanto mais você fala, mais eu faço...e como eles falavam, aí eu fazia mais ainda...aí eu fazia de novo, eu já tinha apanhado, chorado, apanhado (LARISSA).

O pai chegava a dizer “tu vais ver um dia...”, e completando, deixava-a sentada por toda a noite em uma cadeira. Ao amanhecer, Larissa seguia para a escola, onde acabava dormindo.

Quatro meses depois de acompanhamento psicológico no SAE, e trazendo nos atendimentos, frequentemente, essas questões, sobre a comunicação do diagnóstico ao novo parceiro, falou: “tenho medo que ele me bata, ou que me mate”. As chances dele saber porém eram muitas, já que na rua de Larissa haviam os boatos sobre o seu adoecimento pelo HIV. Larissa chega um dia ao atendimento referindo sentir-se aliviada por ter tido coragem de falar ao parceiro e porque seguiriam com o relacionamento. No dia seguinte, comparece com este no ambulatório. Este se mostra reservado, sem expressar seus sentimentos, apresentando “certo distanciamento” sobre a possibilidade de estar com o vírus HIV. Retornou em outro momento para realizar teste rápido para o HIV, sendo o resultado negativo. Segundo Larissa, o companheiro não gostava de falar sobre o HIV e não fazia questão do uso do preservativo, mas ela insistia.

Após algum tempo, Larissa volta a procurar atendimento psicológico relatando os conflitos familiares porque o parceiro continuava a usar drogas e, principalmente, por encontrar-se ainda na casa dos pais, e estes temiam algum problema com a polícia ou com traficantes. O relacionamento terminou com Larissa o denunciando à polícia por agredi-la, em uma das discussões que tiveram.

“Geralmente eu tenho dificuldade de ter namorado, de me envolver, porque a minha família não aceita...aí fica um pouco tipo namorado, dorme, sai de manhã cedo, sempre foi assim...” (LARISSA). Seus relacionamentos, segundo me relatou, não passam de cinco anos.

Sobre o que deseja para seu futuro Larissa diz:

Casa eu já tenho...quero a minha família toda reunida. Família que eu falo é minhas filhas, a minha mãe. Ter minhas coisas todinha, e viver... Lá com a minha família, né. A gente não vive assim tão bem, geralmente tem conflito, só que agora é hora de eu apoiar elas. Está acontecendo a mesma coisa que aconteceu comigo, sobre falar, sobre calar. Eles não podem perturbar...eu acho assim, eles me perturbaram tanto

que veio a acontecer. Eu não quero que aconteça isso com as minhas filhas... Tá na hora, né...(LARISSA).

Neste momento, Larissa como que refletindo sobre o que falava, com o olhar voltado para o chão e a voz, agora suave e baixa, começa a chorar. Suas filhas, já adolescentes, também já têm filhos. Uma neta parece ser sua “preferida”, dedicando-se nesse período do adoecimento a cuidar dessa neta e a reclamar que sua filha, a mãe dessa neta, “só quer sair”. Durante esses períodos em acompanhamento, chegou a procurar-me também para falar de outra filha, que grávida de cinco meses, tentou aborto, pois havia se desentendido com o pai de seu filho.

Com suas filhas relata que chega a conversar a respeito de sexualidade agora após ter confirmado seu diagnóstico de HIV:

Minha filha, transar, fazer amor é bom. Eu sou mãe e eu gosto, não vou falar que eu gostava, eu gosto, a sua avó é uma avó moralista, nunca me falou isso. Eu gosto, ela gosta e tu gostas, então vamos se prevenir, porque tu vê o que aconteceu com tua mãe e não quero que aconteça com você nem com ninguém, então vamos se prevenir. Não interessa se você tem um relacionamento de muito tempo. Gostar eu gosto, mas tem que ser com camisinha! (LARISSA).

Nesse momento do choro, após se restabelecer um pouco, pergunto se se sentia sozinha diante de tantos conflitos e dificuldades familiares. Descreve-se como “muito fechada”, “acho que vai falar pros outros, prefiro ficar só comigo guardado, tem coisas que eu prefiro ficar em silêncio...”. Larissa completa: “Confiar eu confio, mas falo algumas coisas...quando falo coisas...eu não consigo deixar a minha vida um livro aberto...porque eu tenho medo...de repente pode chegar próximo de mim e rasgar as páginas...”.

Em determinado momento relata sobre o que sentia ter mudado em sua vida afetiva e sexual após o vírus “Não mudou nada...só uns troços...o psicológico...aprendendo a ser mulher, que eu era uma adolescente, a cabeça infantil. Pergunto à Larissa : - E o que é ser mulher para ti? : “Mais preparada”. Fez uma longa pausa, no que deixo que ficasse absorvida em seus próprios pensamentos.

Uma das dificuldades iniciais no atendimento ambulatorial, também relatadas por Larissa, é que desconfiava que alguém que a viu no hospital havia espalhado na sua rua sobre o seu diagnóstico e mantinha preocupação com quem encontrar no hospital, e em quem confiar. Conseguiu, contudo vir às consultas, mantém o tratamento, e encontra-se com um parceiro há dois anos e que a acompanha nas consultas. Voltou a morar em sua casa.

3 AIDS E MULHERES

3.1 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de uma doença por si só, pode ser causador de um momento de intenso sofrimento, por todas as complicações clínicas e tratamentos disponibilizados, e sua significação no imaginário social. A aids abarca atualmente este lugar de destaque entre as doenças que mais suscitam tais experiências emocionais, principalmente pela sua associação à morte e à sexualidade.

Segundo Lindenmeyer (2006), o anúncio de um diagnóstico de uma doença potencialmente mortal tem um efeito traumático porque “provoca uma certa percepção corporal a partir da qual uma ruptura se estabelece, ou é reforçada entre o sujeito e seu próprio corpo fazendo aparecer uma multiplicação de sintomas” (LINDENMEYER, 2006, p.485). No caso da aids, este panorama se torna realmente potencialmente mortal, já que a própria doença instala-se no ataque às defesas do corpo “literalmente”.

Nesse sentido, é observado que o diagnóstico de HIV/aids suscita assim sentimentos de uma permanente ameaça e perigo à vida. Qualquer perda de peso ou presença de enfermidade, até de um resfriado, é sempre suscetível de angústia e fantasias em torno de um corpo com pouca defesa, frágil e que não pode ser curado. Em muitos pacientes percebe-se uma fronteira tênue entre tentar manter certo afastamento do psiquismo o sofrimento diante do diagnóstico de aids, e o quanto dessa defesa sucumbe quanto se apresenta algum problema de saúde.

Ferreira (2003) afirma que o diagnóstico do HIV é sem dúvida muito ameaçador, já que a ciência ainda não desenvolveu sua cura, e costuma provocar uma grande insegurança diante do futuro, e os ideais e planos são questionados. As pessoas afetadas encontram-se na sua maioria nas faixas etárias de 20 aos 49 anos, quando estão tomando decisões em suas vidas afetivas e profissionais. “Essa ameaça que o vírus produz expõe o indivíduo à possibilidade de grandes perdas e leva a um sentimento de incapacidade e nulidade diante da vida” (FERREIRA, 2003, p.41).

Moreira (2011) também analisa o efeito traumático que o diagnóstico de HIV pode representar para um sujeito:

O diagnóstico de aids muitas vezes é um trauma profundo provocando um desequilíbrio narcísico-objetual que inibe o pensamento. Mas do lado do clínico e suas delicadezas, exige pensamento. É um dispositivo clínico para o sujeito, afetado agora por paixões narcísicas e melancólicas, eivadas de fantasias de desejo de vida e morte (MOREIRA, 2011, p. 8).

É nessa gangorra de desejos de vida e morte que encontro muitos pacientes no ambulatório, pois apesar de terem recebido suporte psicológico durante hospitalização, e assim chegarem ao SAE melhor organizados psiquicamente, é percebido também que o lugar do ambulatório indica a condição de um “paciente permanente”, não tem como abdicar desse lugar (a não ser que abandone o tratamento, situação que ocorre, havendo pacientes que passam por duas e três internações, para decidirem, ou às vezes irem obrigados e até vigiados por familiares, a seguirem em atendimento ambulatorial) com medicação controlada a cada mês, e que esta é a sua vida real que terá que lidar nesse momento.

Para o paciente, voltar para casa, para o convívio com os familiares, aquele aparente “isolamento e afastamento com a internação” já não existe, não que a alta médica e melhora da sua situação clínica não seja desejada em uma internação por um paciente, mas o “voltar” implica condições que depois surgem nos relatos dos pacientes no ambulatório de psicologia. Chamaria aqui de impactos secundários ao primeiro diagnóstico em si: o viver com o vírus e organizar rotinas de trabalho, estudos, com horários de medicações e agendamento de consultas especializadas e realização de exames.

Neste aspecto as fragilidades narcísicas diante das perdas de reais e imaginárias, são consideravelmente abaladas. O estar sendo cuidado, às vezes em total dependência para realizar alimentação, higiene corporal, surgem como mais regressivos e podem estar presentes durante uma internação hospitalar. A partir da alta, precisará de outros mecanismos psíquicos que possam lidar com esse novo momento.

Segundo Freud ao nascer o bebê não diferencia o seu mundo interno na relação com o externo. Aos poucos ele vai conseguindo realizar essa diferença a partir dos cuidados da mãe, ou de quem cuida da criança. Há aí um narcisismo primário, auto erógeno, em um período que seria de uma “onipotência narcísica”.

Freud (1920) nos apresenta a partir da observação do comportamento de um neto seu como sendo o jogo do *fort-da*, como importante para lidar com esse processo de separação nos primeiros anos da infância. Jordão (2009) descreve a partir dessa referência ao jogo do *fort-da*, que nessa presença-ausência de objeto temos um primeiro momento de prazer

narcísico-onipotente de tornar-se senhor da situação e poder determinar por si mesmo, sem qualquer surpresa, a perda do objeto investido libidinalmente. Uma característica essencial desse eu em que pauta seu trabalho pela evitação dessa mesma surpresa através da antecipação. A desagradável surpresa ocasionada pela perda do objeto é repetida ludicamente, desaparece sua característica traumática, deixa de surpreender. “O eu se especializa em evitar o confronto com situações que possam surpreendê-lo de modo a garantir a perenidade desse estado de onipotência narcísica”, afirma Jordão (2009, p.94). Essa primazia da onipotência perde espaço para momentos de incertezas diante de um diagnóstico tão devastador.

Sobre os efeitos traumáticos de um acontecimento externo encontramos em Freud (1920) como sendo uma ruptura que provoca “uma grave perturbação na economia energética do organismo, além de acionar todos os mecanismos de defesa” (FREUD, 1920, p. 154). Ele se revela pelo susto e ameaça à vida.

Segundo Freud (1920) o susto [*Schreck*], o receio [*Furcht*] e o medo [*Angst*] são termos usados injustamente como sinônimas, mas que podemos distingui-las em sua relação com o perigo. Diferenciando estes termos, Freud (1920) assim os descreve: o medo é um certo estado de expectativa diante do perigo e preparação para ele, mesmo que ele seja desconhecido; o receio requer um objeto determinado do qual se tem medo, e o susto é o estado em que se entra quando se corre perigo sem estar preparado para ele, e assim acentua o fator de surpresa. Citando Freud:

Podemos então supor que para um grande número de traumas o fator decisivo para a resolução talvez resida no fato de alguns sistemas não estarem preparados para enfrentar o medo, ao passo que outros – devido ao estoque de sobre investimento de cargas de energia – já estão preparados. Entretanto, é claro que, a partir de certa intensidade do trauma, essa diferença tanto faz (FREUD, 1920, p. 155).

Essa questão da surpresa, do susto, surgem principalmente, como constato nos atendimentos ambulatoriais, nos casos em que o diagnóstico é relatado por pacientes que realmente não se percebiam como expostos aos riscos de uma contaminação pelo vírus, por se acharem às vezes protegidos em relacionamentos estáveis. Há outros pacientes que sabiam da possibilidade de terem sido contaminados por ex-parceiros sexuais, mas deixam de realizar o exame para diagnóstico de HIV por longo tempo, às vezes só o realizando por conta já das doenças oportunistas, referindo nesses casos, o “medo” diante de um exame positivo. As duas situações, no entanto, são em geral acompanhadas de muita ansiedade e sofrimento psíquico.

O nascimento é considerado por Freud (1926) como a primeira experiência de ansiedade que passa o ser humano, sendo o modelo das demais subsequentes situações de perigo. É uma reação de perda, uma separação, porém neste momento não há objeto para sentir falta. Delimita assim o conceito de ansiedade como sendo uma reação a um perigo de uma perda de objeto, e dor, como a reação real à perda.

Segundo Freud (1932a) o homem adulto já sabe que a castração não faz parte do costume de punir excessos sexuais, mas revive o temor à castração a cada situação de perigo. Freud chega a associar esse temor, ao temor de contrair doenças como a sífilis, como representante desse medo no homem adulto. Um diagnóstico de HIV/aids pelas conotações sexuais que apresentam no imaginário social, de uma doença mortífera dos excessos sexuais, podem conter esses aspectos de perigo desses materiais sexuais recalcados da infância.

Freud (1932a) classifica a ansiedade em realística, como referente ao mundo externo; a neurótica, referente à força das paixões do id, e a moral, referente ao mundo externo. Citando Freud:

O perigo de desamparo psíquico ajusta-se ao estágio da imaturidade inicial do ego; o perigo da perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se a falta de auto-suficiência dos primeiros anos da infância; o perigo de ser castrado ajusta-se à fase fálica; e finalmente o temor ao superego, que assume uma posição especial, ajusta-se ao período de latência (FREUD, 1932a, p.91)

Segundo Freud (1932a) as situações de perigo perderiam a sua importância com o fortalecimento do ego, porém muitas pessoas são incapazes de superar o temor da perda do amor, e nunca se tornam suficientemente independentes do amor de outras pessoas, comportando-se nesse sentido como crianças. As mulheres são analisadas, que embora tenham elas um complexo de castração, não podem ter medo de serem castradas e que teriam na verdade, um temor à perda do amor, como um prolongamento da ansiedade da criança diante da ausência da mãe (FREUD, 1932a).

Podemos pensar assim na complexidade de um diagnóstico de HIV/aids que suscita algo desse perigo, de um desamparo psíquico, de perigo em torno da perda do amor do outro, e que segundo Freud, seria mais presente nas mulheres.

Tornando-se assim uma marca, a pessoa que se descobre com o vírus HIV percebe-se como se sua vida não fosse mais a mesma de antes do diagnóstico. Operam-se em geral momentos de muitas crises, principalmente reavaliando sua vida passada, valores e atos

(FERREIRA, 2003). Aqui, as questões morais passam a ter um peso muito forte, e caso a pessoa se identifique com comportamentos não aceitos socialmente, o julgamento e culpa associado a ser punido pela doença, e em consequência, em alguns casos, com a morte.

3.2 SEXUALIDADE E PRECONCEITO

Na questão das mulheres inseridas em uma sociedade ocidental, predominantemente cristã, patriarcal e sexista, com discursos diferenciados na educação sexual de homens e mulheres, há uma cobrança social pelo comportamento sexual da mulher. Nos relatos de atendimentos da psicologia, principalmente das mulheres que residem no interior do Estado, “a moral” da mulher está relacionada ao número de parceiros e à sua vida sexual: “a mulher direita”, a mãe de família, casada, ou por outro lado, “a puta”. A descoberta do HIV no corpo pode reeditar, por sua conotação social vinculada a uma sexualidade proibida, “suja”, e no dizer de muitos pacientes “a doença do mundo”, questões relacionadas aos aspectos recalçados da sexualidade feminina.

Erving Goffman (1982), em uma leitura sociológica, faz uma reflexão sobre o conceito de estigma relacionando-o com a formação de identidades pessoais. Os gregos inventaram o termo para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo utilizado por todos aqueles considerados desqualificados socialmente: os escravos, os criminosos ou traidores e deveriam ser evitados no espaço público. Aos atributos considerados “positivos” as pessoas são “normais”, e aos demais, desviantes da norma, se posicionam os “estigmatizados” (GOFFMAN, 1982). Escutando pacientes, a presença da aids em seus corpos assim se tornou uma marca de quem se desviou da norma, do que é considerado “normal”.

Ceccarelli, em seu artigo “Sexualidade e preconceito” (2000), analisa que uma maior liberdade sexual presente nos dias atuais, se comparado às restrições muito mais rigorosas em períodos anteriores, não tornou o contato como o sexual mais simples, pois:

(...) a “desrepressão” da sexualidade não foi acompanhada de um “desrecalcamento” da sexualidade. Ou seja, por um lado, temos a repressão sexual que por variar segundo a cultura, a época, os costumes e os valores, pode ser alterada; por outro lado, temos o recalçamento da sexualidade, movimento constitutivo do psiquismo e

condição própria para a existência da civilização. Presente em qualquer época e em qualquer cultura, o recalque sofre pouca influência da desrepressão (CECCARELLI, 2000, p.20).

Ceccarelli (2000) ressalta ainda que a relação entre os ideais, estes formados pelo sistema social onde o sujeito está inserido, que participam dos movimentos de recalque e o desvio de uma sexualidade normativa, gera de um lado o preconceito, e de outro, a culpa. Em relação ao preconceito, afirma este autor, o quanto é importante saber em que medida ele é parte constitutiva do psiquismo – e neste caso, inerente à condição humana – e quando ao contrário, o preconceito deve ser entendido como resultado de uma atitude moralista e redutora.

No artigo de Ceccarelli e Salles, “A invenção da sexualidade” (2010), ressaltam que a sexualidade tal qual a percebemos e teorizamos é uma criação da sociedade ocidental, uma construção, invenção. Os autores, partindo de uma leitura de Michel Foucault, afirmam que esta, a sexualidade, é inseparável do discurso e do jogo de poder dentro dos quais ela é constituída e ao mesmo tempo se constitui, e estamos, querendo ou não, impregnados do imaginário da cultura ocidental. A regulação do sexo sendo um assunto de Estado, das elites dominantes e da religião, a “moral” de cada uma dessas instâncias, cria, portanto, os discursos sobre a regulamentação da sexualidade, como os dispositivos que visam regulá-la, controlá-la ou mesmo curar as manifestações da sexualidade consideradas “desviantes”. Esses valores funcionam como suportes identificatórios para o sujeito em constituição.

Ceccarelli e Salles (2010) apresentam, apoiados nas leituras principalmente de Foucault e Utha Ranke-Heineman, como esses discursos foram significativos para uma circunscrição de uma moral sexual, referindo que já na antiguidade se encontravam o ascetismo em relação aos prazeres e o legado pessimista em relação ao corpo, derivando-se principalmente de considerações médicas, posicionamento seguido por padres da igreja como Agostinho, Jerônimo e Tomás de Aquino. O sexo aqui serviria para fins de reprodução, proibido o prazer, nascendo uma moralidade essencialmente sexual. Uma interpretação do Livro do Gênesis, “Origem do Mal”, relatando a desobediência à ordem de Deus de não comer da árvore proibida, levou Santo Agostinho ao colocar a origem do mal na sexualidade, o homem como fruto do pecado, tornando-o fragilizado e culpabilizado pelo seu desejo. A mulher, na figura de Eva, representa essa mulher que leva o homem ao pecado.

Pires (2008) apresenta duas figuras míticas femininas onde encarnam a visão atribuída à mulher: Lilith, da tradição rabínica, e Eva, do texto do Gênesis. Lilith, presente na mitologia sumeriana, babilônica, assíria, cananeia, hebraica, árabe, persa e teutônica, teria sido a primeira mulher concedida por Deus a Adão. Feita do mesmo pó que foi feito Adão e por esse motivo reivindicou as mesmas condições de igualdade a dele. Ao recusar-se ser submissa, foi relegada aos demônios. É símbolo de liberdade, independência, igualdade, desejo, sensualidade, instintividade, opinião, rancor, vingança, inveja, solidão e morte. Eva representaria essa ruína do ser humano, pois foi tentada por forças demoníacas e tentou o homem. Encarna a submissão, dependência, culpa, curiosidade, fraqueza, inferioridade, emotividade e maternidade. Segundo Pires:

O homem precisa se defender do malefício da mulher para não cometer erros e pecados, já que ela está ligada ao pecado e à inferioridade. Sua sexualidade é perigosa e contagiosa, acarretando o mal e os problemas. Portanto, a imagem cultivada, na cultura ocidental, é a da mulher casta e assexuada, expressa no mito judaico-cristão (PIRES, 2008, p.67).

Nessas concepções negativistas quanto à sexualidade, o casamento foi se tornando a única saída para sua vivência. Na maior parte da história humana às mulheres cabiam uma cobrança bem maior sobre isso, já que na maioria das vezes nem escolher o cônjuge eram-lhes permitido. Ter relações sexuais, ou pior ter um filho fora do casamento, levavam a desgraça da mulher, sendo que em algumas sociedades eram até executadas (YALOM, 2002).

Para as mulheres descobrirem-se, então, com um vírus que evoca uma sexualidade presente e viva, o desejo e o prazer femininos, questões por muito tempo condenadas socialmente, exige assim um trabalho psíquico enorme para que se consiga re-significar essa feminilidade. Citando Freud:

Uma das óbvias injustiças sociais é que os padrões de civilização exigem de todos uma idêntica conduta social, conduta esta que pode ser observada sem dificuldade por alguns indivíduos, graças às suas organizações, mas que impõe a outros os mais pesados sacrifícios psíquicos (FREUD, 1908, p. 177).

Falar de sua sexualidade e de suas relações afetivas, o lugar do amor em suas vidas, dos laços e vínculos, passando pelas primeiras figuras amorosas dos pais e os conflitos inerentes a esses ideais e identidades a partir daí vivenciadas, torna-se parte do discurso dessas mulheres e, o que é pior, de seu silêncio prenhe de mal-estar para a dupla psicoterapeuta-paciente. Problemática complexa esta a da sexualidade das mulheres dos séculos XX e XXI diante da epidemia de hiv/aids que este projeto enfrenta.

3.2.1 O SENTIMENTO INCONSCIENTE DE CULPA

De uma paciente que chegando pela primeira vez em atendimento e muito assustada com o recente diagnóstico, havia sido casada por trinta anos, um casamento considerado infeliz, e vivia há dois anos com um outro companheiro com quem se realizava sexualmente, escutei: “Meu pai (que a paciente tinha em grande consideração e se dizia ser a preferida do mesmo) um dia me mostrou uma casa lá no interior onde a gente morava: - Ali ficam as putas”. Esta paciente recusava-se a retornar sua vida sexual “devia ter permanecido com o meu marido” e para ela agora estava sendo punida por não ter correspondido ao papel de esposa que a tudo sacrifica.

(fragmento clínico)

As relações do ser humano com o sexual, tal como abordado anteriormente, sempre foi permeado de dificuldades. Para as mulheres, a sexualidade, apesar dos modismos e formas observadas nesta segunda década do século XXI, no Brasil, como “o ficar”, “as piriguetes”, as relações sem compromisso, há ainda uma forma silenciosa de vivenciar sua sexualidade. É comum observar nos relatos de pacientes “a vergonha” por estarem contaminadas pelo vírus da aids. Por que a vergonha? Culpa pela vivência de sua sexualidade? O que se revive com uma doença que desperta algo perigoso, sexo proibido?

Por que uma pessoa se contamina pelo vírus HIV, apesar do acesso bem mais facilitado de informação dos meios de proteção nas relações sexuais? Observa-se uma maior divulgação tanto na mídia como em currículos escolares, propagandas e debates nessa área. Que significações o uso de um preservativo traz em uma relação sexual? Ferreira (2003) questiona o que faz um sujeito abdicar do uso do preservativo e contrair o HIV quando estava muitas vezes em sua mão a possibilidade de evitá-lo.

Para esse autor, a existência de conflitos psíquicos anteriores, ligados a um intenso sentimento de culpa e que levariam a serem castigados para aliviarem tal sentimento. A doença seria o castigo para tal culpa. Mesmo que nas novas gerações se observe uma maior liberdade sexual é provável que isto não seja acompanhado de uma permissão interna. O superego continuaria censurando a satisfação sexual e parte desse resultado dar-se-ia por esses dolorosos e até trágicos tropeços que são a contaminação pelo HIV e o aborto provocado (FERREIRA, 2003).

No texto “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna” (1908), Freud faz uma exposição sobre os antagonismos entre civilização e vida pulsional. Começa essa análise a partir de um livro “Ética Sexual”, de Van Ehrenfels, onde esse autor discorre sobre a moral sexual natural e a moral sexual civilizada. Dos danos a essa moral civilizada, Freud atribui a doença nervosa moderna, que se difunde na sociedade contemporânea. Freud ressalta que a influência prejudicial à civilização é principalmente “à repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classe) civilizados através da moral civilizada que os rege” (FREUD, 1908, p. 172).

Segundo Freud (1908) a civilização repousa na supressão das pulsões e cada indivíduo renuncia a uma parte dos seus atributos: seus sentimentos de onipotência ou de inclinações vingativas ou agressivas de sua personalidade. Os sentimentos familiares foram importantes para parte dessa renúncia. Cada renúncia foi sancionada pela religião, oferecido em sacrifício pelo bem da comunidade. Citando Freud:

Aquele que em consequência de sua constituição indomável não consegue concordar com a supressão da pulsão, torna-se um criminoso, um “outlaw”, diante da sociedade – a menos que sua posição social ou suas capacidades excepcionais lhe permitam impor-se como um grande homem, um “herói” (FREUD, 1908, p.173).

Uma saída para o individuo é através da sublimação, onde o individuo conseguiria deslocar suas pulsões sexuais sem restringir sua intensidade, é uma capacidade de trocar seu objetivo sexual por outro, não mais sexual, mas psiquicamente relacionado com o primeiro (FREUD, 1908).

A meta de uma pulsão é a satisfação, mas ao longo da educação a criança tem a tarefa de restringi-la, para futuramente conseguir por suas zonas erógenas em subordinação e os genitais a serviço da reprodução. Considerando essa evolução das pulsões sexuais, três estádios de civilização são descritos por Freud (1908): um primeiro em que a pulsão manifesta-se livremente, sem considerar a reprodução; a segunda, em que a pulsão é suprimida, exceto quando serve à reprodução, e a terceira, só a reprodução é admitida como meta sexual.

Neste âmbito, e referindo-se ao terceiro estágio de civilização, Freud (1908) analisa sobre a abstinência sexual, exigência para ambos os sexos até o casamento, obrigando os que não contraem um casamento legítimo a permanecerem abstinentes por toda a vida. Esta posição de dominar a pulsão sexual, ficar abstêmio, leva a um grande dispêndio de energia,

descambando na neurose. Só uma minoria conseguiria deslocar essas pulsões para fins culturais, ou seja, sublimar. Citando Freud:

A meu ver, a satisfação sexual é a melhor proteção contra a ameaça que as disposições inatas anormais ou os distúrbios de desenvolvimento constituem para uma vida sexual normal. Quanto maior for a disposição de um indivíduo para a neurose, menos ele tolerará a abstinência (FREUD, 1908, p.179).

Freud (1908) apresenta assim uma leitura dos casamentos relatando as restrições que ocorriam em sua época, onde as relações sexuais eram permitidas, porém enquanto função reprodutora, levando após alguns poucos anos ao fracasso e distanciamento dos cônjuges. Aos homens era-lhes possibilitado maior liberdade sexual, “a dupla moral”, o que não acontecia às mulheres.

Nesse aspecto se pode perceber maiores conflitos na mulher entre esse lugar onde a sociedade cobra essas posições mais elevadas de contenção de sua atividade sexual e aos atos transgressores dessa moral, os desajustes, o rebaixamento de sua auto estima e os sentimentos de culpa.

No texto “Totem e tabu” (1913) Freud faz referência ao significado de “tabu”, palavra de origem polinésia que diverge em dois sentidos contrários: por um lado “sagrado”, “consagrado”, por outro, “misterioso”, “perigoso”, “proibido”, “impuro”. Tabu trás o sentido de algo inabordável. Difere das violações morais ou religiosas. “A violação de um tabu transforma o próprio transgressor em tabu (...)” (FREUD, 1913, p.39). Pessoas, animais, lugares ou coisas consideradas tabu possuíam um poder perigoso que pode ser transferido através do contato com elas, quase como uma infecção. O desejo de violar um tabu persiste no inconsciente, e aos que obedecem o tabu tem uma relação ambivalente quanto ao que o tabu proíbe.

Nesse texto de 1913, Freud apresenta uma mitologia do que seria a origem da formação cultural, que resumidamente: um pai poderoso, tirânico que exigia a submissão dos filhos e propriedade das mulheres. Os filhos, que tinham sentimentos ambivalentes em relação a esse pai, mas por ódio, se reúnem, o matam e o comem em uma refeição. Após o assassinato, a identificação se faz presente, a afeição recalcada surge, e com isso o sentimento de culpa. É através do sentimento de culpa filial que se fundamentam dois tabus: os agressivos (parricídio) e os sexuais (incesto).

Segundo Laplanche e Pontalis (1998), Freud teria feito reservas ao uso do termo sentimento de culpa inconsciente, preferindo a expressão “necessidade de punição”. A necessidade de punição é uma exigência interna postulada por Freud como dando origem ao comportamento de certos sujeitos em que a investigação psicanalítica mostra que procuram situações penosas e humilhantes e se comprazem com elas – masoquismo moral. Segundo Freud:

O sentimento de culpa dito normal e consciente (consciência moral) se baseia na tensão entre o Eu e o Ideal-de Eu. É a expressão de uma condenação ao Eu movido por sua instância crítica. Provavelmente, os sentimentos de inferioridade que conhecemos nos neuróticos também pertencem a esse gênero de tensão. O sentimento de culpa também é consciente no caso de duas afecções que nos são bastante familiares, a neurose obsessiva e a melancolia (FREUD, 1923, p. 58).

Freud em “O problema econômico do masoquismo” (1924a), ao descrever o masoquismo moral, relata que na clínica há pacientes cujo comportamento se opõe às tentativas de influenciá-los pelo tratamento e que isso levou a atribuir-lhes um sentimento de culpa “inconsciente”. Considera uma das maiores resistências e ameaça ao tratamento, pois via de regra, os ganhos obtidos com a permanência neste estado de doença derivam de uma somatória de forças que se rebelam contra a cura. O maior dos ganhos é o apaziguamento do sentimento de culpa inconsciente. “É justamente pelo sofrimento propiciado que a neurose se torna mais valiosa para a tendência masoquista” (FREUD, 1924a, p. 111).

Segundo Freud (1924a) ao superego é atribuída a função de exercer a consciência moral e a consciência de culpa é uma expressão de tensão que se forma entre o Eu e o superego. O superego surge com os pais introjetados no Eu, conservando as características principais das pessoas introjetadas, como seu poder sobre a pessoa, sua severidade e a tendência a exercer o controle e a punir. Neste ponto ocorre a superação do complexo de Édipo. A consciência moral ativa dentro do superego pode tornar-se duro, cruel e inclemente contra o próprio Eu. O complexo de Édipo é considerado por Freud (1924a, p.113) “como a fonte da qual as nossas normas de Moralidade (a Moral) historicamente emanaram”.

Para Freud (1930) quando uma pessoa fez algo que sabe ser “mau” ou na intenção de fazê-lo e se perde o amor de outra pessoa de quem é dependente deixa também de ser protegida de uma série de perigos. Citando Freud:

Enquanto tudo corre bem com um homem, a sua consciência é lenitiva e permite que o ego faça todo tipo de coisas; entretanto, quando o infortúnio lhe sobrevém, ele busca sua alma, reconhece sua pecaminosidade, eleva as exigências de sua consciência impõe-se abstinência e se castiga com penitências (FREUD, 1930, p.130).

Sexualidade e sentimento de culpa se acham assim intimamente imbricados e podemos considerar que nas mulheres onde as restrições impostas à sua conduta sexual teve um papel relevante em quase toda a história da humanidade, pressupõe-se que sua vida sexual ainda esteja cerceada com os ditames da moral sexual onde sexualidade e pecado caminham juntos, e a presença de angústia e culpa a relacionarem sua própria vida sexual a terem contraído a aids.

3.3 NARCISISMO E ESCOLHA AMOROSA

Amor e morte, amor mortal: se isso não é toda a poesia, é, ao menos, tudo que há de popular tudo que há de emocionalmente em nossas literaturas, em nossas mais antigas lendas e em nossas mais belas canções. O amor feliz não tem história. Só existem romances do amor mortal, ou seja, do amor ameaçado e condenado pela própria vida. O que o lirismo ocidental exalta não é o prazer dos sentidos nem a fecunda paz do par amoroso. É menos o amor realizado que a paixão de amor. E paixão significa sofrimento. Eis o fato fundamental (ROUGEMONT, 1988, p.15).

Amor e dor, duas palavras que para além da rima, no caso em especial da descoberta do diagnóstico do vírus HIV/aids aproximam-se, pois em geral o contágio do vírus ocorre via sexual, em um encontro com um outro. Segundo Nasio (2007, p.31) a dor de amar “é uma lesão do laço íntimo com o outro, uma dissolução brutal naquilo que é chamado naturalmente a viver junto”.

Pesquisas (DIAS, 2007; POLISTCHUCK, 2010) vem relacionando uma das dificuldades de prevenção ao HIV/aids pelas mulheres, no caso, o uso de preservativos, pelo ideal romântico atribuídos aos seus relacionamentos amorosos. Freud, como nos apresenta no “Mal Estar na Civilização” (1930) o amor é uma das vias pelos quais o ser humano busca a felicidade, mas nada mais arriscado, afirmando “que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos nosso objeto amado ou seu amor” (FREUD, 1930, p.90).

Para Joyce McDougall (2001) a sexualidade humana é inerentemente traumática, pois são inúmeros os conflitos psíquicos produzidos na busca de amor e satisfação, os quais surgem como resultado do choque entre o mundo interno de pulsões instintivas primitivas e as forças coercitivas do mundo externo, iniciando-se com nosso primeiro relacionamento sensual.

Começamos pelo texto de Freud de 1914, “A guisa de uma introdução ao narcisismo” para situarmos como Freud desenvolveu o conceito de narcisismo e sua relevância nos laços amorosos dos gêneros, que foi uma das perspectivas de seu estudo do narcisismo.

A teoria sobre o narcisismo de Freud (1914) nasce da observação de que os investimentos objetais podem ser lançados aos objetos e recolhidos de novo, e que há aí uma oposição entre a libido do Eu e a libido objetal. “Quanto mais uma se consome mais outra se esvazia, que é o que ocorre no estado de apaixonamento, em que se apresenta como uma desistência da própria personalidade a favor do investimento no objeto” (FREUD, 1914, p.99).

É na infância que se constroem as primeiras relações amorosas e sexuais de uma pessoa, e essas vivências iniciais serão significativas para os caminhos percorridos na vida adulta. Segundo Freud (1914) é a partir de suas experiências de satisfação que a criança toma seus objetos sexuais. As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são vividas em conexão com as funções vitais que servem ao propósito de autoconservação. Esse modo de apoiar-se nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação, as pessoas envolvidas nos cuidados com a criança, em geral a mãe ou substituto, torna-se o primeiro objeto sexual da criança. A esse tipo de escolha Freud denominou de escolha do tipo “veiculação sustentada”. Pessoas que sofreram alguma alteração no desenvolvimento libidinal, e que a escolha de seu futuro objeto de amor não se pauta na imagem da mãe, mas de si mesmo, é descrito como o do tipo de escolha de objeto narcísico. Diante destes dois caminhos de escolha de objeto – veiculação sustentada e narcísica, a pessoa acabará privilegiando um ou outro caminho. Freud assim afirma que o ser humano tem assim dois objetos sexuais primordiais: ele mesmo e a mulher que cuida dele e que com isso pressupõe que há um narcisismo primário em toda pessoa e que eventualmente pode manifestar-se de maneira dominante em sua escolha de objeto (FREUD, 1914).

Freud (1914) neste ponto esclarece que entre o homem e a mulher há diferenças fundamentais, embora não naturalmente universais, em sua relação com o tipo de escolha objetal. Para o homem seria característico o tipo de escolha objetal do tipo veiculação sustentada, com a presença de supervalorização sexual. Essa supervalorização levaria ao surgimento de um estado de paixão que aponta para a compulsão neurótica, levando a um empobrecimento da libido do Eu em benefício da libido objetal.

O estado de paixão consiste em um transbordamento da libido sobre o objeto. Este estado tem o poder de suspender recalques e de restaurar perversões. Eleva o objeto sexual à categoria de um ideal sexual. Contudo, podemos afirmar que a paixão – tanto das pessoas que fazem uma escolha do tipo objetal como daquelas que escolhem segundo o modelo por veiculação sustentada – se baseia nas condições de amor vigentes na infância, de modo que tudo aquilo que puder realizar essa condição infantil de amor será idealizado (FREUD, 1914, 118).

Aqui neste ponto, Freud (1914), no caso das mulheres afirmará que estas amam pelo tipo narcísico, principalmente as mulheres belas: elas não têm necessidade de amar, mas de serem amadas. Segundo ainda Freud, este tipo de pessoas exercem fascínio aos que abandonam o seu próprio narcisismo e que estão à procura de um amor objetal. Ao fascínio exercido pela mulher narcísica, ocorreria o inverso, já que grande parte da não satisfação do homem apaixonado, as dúvidas quanto ao amor da mulher, as queixas sobre os enigmas de seu modo de ser, tem uma mesma raiz: a incongruência entre esses dois tipos de escolha objetal (FREUD, 1914).

Freud (1914) após tentar justificar esses aspectos da escolha amorosa feminina, como não sendo no sentido de depreciar a figura da mulher ou de aderir a partidarismos, admite que há um número indefinido de mulheres que amam segundo o modelo masculino e que também desenvolvem uma correspondente supervalorização sexual. Para a mulher narcisista uma via de acesso ao amor objetal seria com um filho, mas Freud afirma que há mulheres que não precisam de uma criança para desenvolverem esse amor objetal e que a estas “*restou a capacidade de almejar nostalgicamente um ideal masculino*” (FREUD, 1914, p.109).

Talvez seja importante referenciar o momento histórico à época de Freud, em que ele mesmo aponta para a questão feminina “atrofia de sua liberdade de escolha objetal” (FREUD, 1914, p. 108), e que na maioria das vezes os noivados e casamentos eram arranjos familiares e poucas escolhas cabiam às mulheres de autonomia à sua própria vida amorosa e sexual.

Freud (1914) assim aponta para os caminhos que conduzem a escolha de objeto: ama-se conforme o tipo narcísico: o que se é; o que se foi; o que se gostaria de ser; e a pessoa que outrora fez parte de nosso si mesmo, e no tipo de escolha por veiculação sustentada: ama-se a mulher que nutre e o homem que protege, e ama-se também a série de pessoas substitutas derivadas a partir dos dois últimos casos.

Aos pais é atribuída uma revivescência de seu próprio narcisismo. Os pais tendem a atribuir à criança todas as perfeições e encobrir seus defeitos, e mais além, deve a criança satisfazer os sonhos e desejos nunca realizados dos pais. Aqui, situa Freud (1914), o ponto

mais vulnerável do narcisismo: a imortalidade do Eu, que encurralado pela realidade, se abriga na criança. “O comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza” (FREUD, 1914, p. 110).

Freud irá desenvolver também esta temática das relações pulsionais iniciais no seu texto “Pulsões e destinos da pulsão” (1915) onde tratará também das relações entre amor e ódio pelo objeto. Amar significa pura relação de prazer do Eu como o objeto e o Eu odeia todos os objetos que para ele são fontes de desprazer. O ódio em sua relação com o objeto é mais antigo, pois surgiu do repúdio primordial do Eu narcísico ao mundo exterior carregados de estímulos. O amor nasce originalmente narcísico, depois se dirige a outros objetos que são fontes de prazer. Desse caminho percorrido o amor se manifesta com frequência de um modo “ambivalente”, ou seja, acompanhado de moções de ódio contra o mesmo objeto. “Quando se rompe a relação de amor com determinado objeto, não é raro que o ódio tome seu lugar, daí temos a impressão de ter ocorrido uma transformação do amor em ódio” (FREUD, 1915, p.161).

Retomando Freud em “Mal- estar na civilização” (1930), das dificuldades enfrentadas pelo homem em busca da felicidade algumas tentativas são feitas, como a utilização cada vez mais avançada das tecnologias para controlar a ação da natureza e das doenças. Porém, estão longe de erradicar tais infortúnios do mundo. O relacionamento entre as pessoas se torna na verdade o grande obstáculo na busca da felicidade.

Freud (1930) assim expõe as indissiocrasias entre a civilização e a sexualidade. Quando um ambiente amoroso se encontra em seu auge, não resta lugar para qualquer outro interesse pelo ambiente às restrições impostas pelas inibições pulsionais em prol de uma promessa de segurança, dos perigos e ameaças à vida humana. Aqui temos o valor do amor como uma das apostas para se obter felicidade e o sentimento de culpa como fator de infelicidade do mundo civilizado.

Segundo Freud (1930) uma das modalidades da técnica de viver na busca pela felicidade é a modalidade de vida que faz do amor centro de tudo, que busca toda satisfação em amar e ser amado. Analisa Freud:

Uma atitude psíquica desse tipo chega de modo bastante natural a todos nós; uma das formas através da qual o amor se manifesta – o amor sexual- nos proporcionou

nossa mais intensa experiência de uma transbordante sensação de prazer, fornecendo-nos assim um modelo para a nossa busca da felicidade (FREUD, 1930, p.89).

Para Freud ficar dependente desta forma de busca pela felicidade pode ser muito perigoso, expondo-se a um sofrimento intenso, no caso de ser rejeitado por esse objeto ou o perdesse através da infidelidade ou morte, e por essa razão, “sábios de todas as épocas nos advertiram enfaticamente contra tal modo de vida; apesar disso, ele não perdeu seu atrativo para grande número de pessoas” (FREUD, 1930, p.107).

De uma sociedade em que expressões do tipo “cultura do narcisismo” ou “sociedade do narcisismo”, o que podemos observar a partir daí é o reverso ou a outra face do narcisismo, que seria o desamparo, se deparar com a falta e com a solidão. Segundo Jordão (2009) a sexualidade ainda é a questão nos consultórios, porém no âmbito narcísico: “As pessoas reclamam da solidão, do olhar do outro que lhes falta, da atenção, do carinho e do amor que eles não têm, do toque que precisam sentir e que nunca é suficiente” (JORDÃO, 2009, p. 101). Para este autor, compreender o narcisismo é compreender uma análise que um sujeito estabelece com seu eu e de como utiliza de outras instâncias, em especial das instâncias ideais nessas relações.

3.3.1 IDEAL DE EU E IDEAL DE AMOR

*Bateu o amor à porta da loucura
Deixe-me entrar, pediu. Sou teu irmão
Só tu me limparás da lama escura
A que me conduziu a paixão
A loucura desdenha em recebê-lo
Sabendo quanto amor vive de engano
Mas estarrece de surpresa ao vê-lo,
Assim, de humano que era, tão desumano.*

Carlos Drummond de Andrade - Confronto

Segundo a psicanalista Regina Herzog (2009) para cada um o amor tem um significado, e que nas relações amorosas o que se procura é um ideal. Qual seria então o modelo para se buscar um ideal? Que dificuldades hoje encontradas nos relacionamentos afetivos e em particular às mulheres? Para Herzog não há uma forma de amor, cada um tem a sua. Ao longo da história, porém, as formas como homens e mulheres foram se relacionando mudaram de tempos em tempos.

Pereira (2009), prefaciando o livro de Gisela Haddad (2009), “Amor e fidelidade”, aponta para a desgraça do filósofo Ovídio que ao escrever “A arte de amar” foi banido de Roma no ano 9 d.C. Neste livro estariam as bases onde o prazer erótico e a paixão deveriam estar recíprocos entre os amantes. A paixão amorosa era, até esse momento, vista como uma frivolidade sentimental indigna de ser exaltada por um cidadão romano. Era um sentimento baixo, experimentado apenas por prostitutas e cortesãs.

Gisela Haddad (2009) faz uma contextualização histórica para buscar as razões do aparecimento do amor como item imprescindível na formação dos pares conjugais. Articulou a história do amor romântico, que produziu a junção amor e sexo e regulou a formação dos laços conjugais modernos, com o individualismo cultural e o pensamento psicanalítico, que segundo Haddad, às vezes, foi crítico e outras, foi coadjuvante.

É a partir do século XVIII que a sociedade ocidental organizada sob uma crescente valorização da individualidade tomará como norma o culto do amor romântico. Reverenciado como amor verdadeiro passa a ser um regulador da vida familiar e societária quanto como uma promessa de felicidade amorosa e sexual, ao valorizar o vínculo exclusivo do par conjugal (HADDAD, 2009, p.23).

O código do amor-paixão desenvolvido ao longo da história a partir de sua emergência inicial como amor cortês permitiu às mulheres terem uma imagem social mais positiva, ganhar uma margem de liberdade e de novos poderes na comunicação amorosa e mais tarde na própria escolha do cônjuge (FUKS, 2010, p.87). O amor foi a única saída possível frente a um destino de subordinação, reclusão doméstica e impossibilidade de se inserir em projetos de relevância social e fazer da dependência amorosa pelo caminho da paixão uma experiência de intensificação radical, possibilitaria um acesso a um sentido existencial transcendente.

O projeto civilizatório iluminista, principalmente afirmado na figura do filósofo Rousseau, propõe o amor apaixonado como base da construção da família, integrando sexualidade e amor ao casamento e chamando a privilegiar o papel de mãe. A literatura romântica da época incentivava o amor contra os excessos do sexo e prescrevia destinos trágicos às paixões femininas que se afastavam do modelo familiar burguês (HADDAD, 2009).

Ao consolidar em um ideal de felicidade, o amor romântico se torna parte do horizonte de cada um. A felicidade conquistada pelo laço amoroso, sexual e exclusivo entre homem e mulher promove não só a constituição não só de uma nova família, mas de uma forma de convivência familiar mais centrada no núcleo pai-mãe-filhos. O bem estar familiar gira em torno desse ninho e a mulher-mãe ganha atenção e reverência da sociedade. O corpo da mulher-mãe é alçado ao lugar do paraíso originário. Porém, embora fosse o amor, o critério e

condição para o sucesso do casamento, ele não consegue garantir o eterno romance conjugal. Os filhos então passam a ser o prolongamento desse ideal de amor – os pais se alimentam da possibilidade de assisti-los transformarem-se na imagem idealizada por eles. E dessa forma surge o circuito amoroso fundamental para a subjetividade moderna (HADDAD, 2009).

Uma das apostas no amor romântico e condição para a realização desse ideal de amor é a fidelidade do par conjugal. Haddad (2009) cita uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro por Goldenberg (2004), em 1998, intitulado: “Mudanças nos papéis de gênero, sexualidade e conjugalidade: um estudo antropológico das representações sobre o masculino e o feminino nas camadas médias urbanas”. Destacou-se em homens e mulheres o ideal amoroso romântico como modelo de união conjugal, aspirando uma relação mais duradoura com um único parceiro. Dos problemas relacionados à estabilidade desse par conjugal relacionaram os ciúmes e a infidelidade. A infidelidade consistiria na quebra do pacto estabelecido de confiança mútua, implícita ou explicitamente pelos parceiros, podendo ser associado à mentira. Os motivos que levariam à traição, segundo os homens, a atração física, e para as mulheres, a insatisfação com seus parceiros, a vingança ou a constatação de não serem mais desejadas.

Considerando-se que a mulher hoje já alcançou maiores direitos políticos, visibilidade na vida pública, o que se questiona é porque na atualidade a permanência da supervalorização do amor por parte da mulher (COSTA, 1999; ZALCBERG, 2007; HADDAD, 2009; FUKS, 2010). A maioria das mulheres ainda aposta em uma união duradoura e manutenção do ideal romântico.

Segundo Alonso (2011) o psiquismo só pode ser compreendido na intersecção entre o corpo e o Outro, “temos que reconhecer que o psiquismo encontra-se sempre atravessado pela cultura” (ALONSO, 2011, p.427). O poder do outro se faz presente, assim, na construção da sexualidade, pois ela é sempre constituída a partir das marcas que o adulto deixa no corpo infantil, fazendo surgir o corpo pulsional, o corpo erógeno. Mas seu domínio não é apenas o campo das pulsões. O outro também está irredutivelmente presente na constituição da instância dos ideais: “Os pais e os seus cuidados erogenizam o corpo do bebê, dando origem à pulsão sexual, ao mesmo tempo em que com suas preocupações morais – definindo os permitidos e os proibidos – introduzem os valores, a crítica e as possibilidades de laço social” (ALONSO, 2011, p. 428).

Segundo Freud (1914) o amor por si mesmo que já foi desfrutado pelo Eu verdadeiro na infância dirige-se para um Eu-ideal, que tal como o Eu infantil, encontra-se agora de posse de toda a valiosa perfeição e completude. Esse ideal foi construído a partir da influência

crítica dos pais, e depois, pelos educadores e outras pessoas do meio, a opinião pública. A consciência moral é em essência a incorporação da crítica parental e depois da sociedade.

O autoconceito aparece como outro componente que apresenta uma dependência muito estreita da libido narcísica. Citando Freud:

O amar propriamente dito, por envolver anelo ou privação, rebaixa o autoconceito, ao passo que o fato de ser amado, de ser correspondido e de ter a posse do objeto amado eleva novamente o autoconceito. Porém quando a libido está recalçada, o investimento amoroso é sentido como uma gravíssima diminuição do Eu e a satisfação amorosa torna-se então impossível. Nesse caso, unicamente por meio da retirada e do retorno da libido que estava investida nos objetos é possível reenriquecer novamente o Eu. Assim, tanto o retorno da libido objetal para o Eu e sua transformação em narcisismo reconstituem novamente um amor feliz, como também um amor feliz que venha a ocorrer no mundo real será capaz de corresponder ao estado originário no qual não há como diferenciar a libido objetal da libido do Eu. (FREUD, 1914, p. 117).

Freud (1914) aponta para os caminhos que o narcisismo pode tomar: o ideal do eu e a sublimação. A sublimação é um processo que ocorre na libido objetal e consiste no fato da libido se lançar em direção à outra meta, não sexual. Analisa Freud:

O ideal sexual pode passar a ter então uma interessante função de ajuda em relação ao ideal-de-Eu. Onde houver obstáculos reais à satisfação narcísica, o ideal sexual poderá ser utilizado como satisfação substitutiva. Nossa forma de amar seguirá então o modelo de escolha objetal narcísica: amaremos aquilo que fomos e deixamos de ser ou aquilo que possui qualidades que nunca teremos (FREUD, 1914, p.118).

Segundo Costa (1999) por trás do pretenso destino do amor, o que existe é uma adesão maciça à ideologia do romantismo sentimental, onde é vinculado amor à sexualidade e onde o apaixonamento romântico é constitutivo do desenvolvimento emocional do sujeito - “uma acrobacia psicológica para a qual somos culturalmente treinados e não uma emanção espontânea de nossa alma, espírito e psiquismo” (COSTA, 1999, p. 3). Podemos criar um apego ao outro por motivos sexuais, mas podemos nos apegar ao outro sem que os impulsos sexuais sejam os móveis determinantes do vínculo.

Costa (1999) descreve assim os três motivos pelos quais o romantismo amoroso se firmou como uma regra de construção de identidade psicológica:

1) porque favoreceu a formação da família nuclear e suas consequências sócio-afetivas como o cuidado das crianças, a conversão das mulheres em mães, a conversão dos homens em pais, a divisão dos humanos em heterossexuais e homossexuais;

2) porque incentivou o aprendizado da autonomia e da independência burguesa e utilitaristas, diante dos interesses grupais das linhagens e casas aristocráticas;

3) porque ofereceu ao burguês recém nascido uma experiência de êxtase físico-sentimental que veio a substituir outras experiências culturais extáticas como o êxtase religioso, os êxtases da violência das guerras, os êxtases dos rituais orgásticos, etc.

Desta forma então, Costa (1999) afirma que o amor paixão romântico seria o êxtase próprio da cultura da contenção burguesa, que veio se somar a certas injunções cristãs, sobretudo as de origem puritana. Para Costa (1999) na época atual os elementos que garantiriam a solidez desse tipo de romantismo amoroso estariam em decadência: a família, o pudor, a vergonha, a repressão sexual, o respeito pela intimidade, a sacralidade do matrimônio, o objetivo da reprodução biológica, a dissimetria entre homens e mulheres no que concerne a liberdade sexual. No lugar temos o culto ao corpo, aos prazeres físicos, à liberdade de procriar fora das relações conjugais, a ingestão de drogas extáticas, a liberação sexual e principalmente, a repulsa ao sofrimento. O autor aponta assim, que o que o amor romântico trouxe enquanto uma reação humanizada ao cinismo das artes e sedução da Corte, parece declinar por situação semelhante.

Costa (1999) afirma que o grande problema do romantismo é que se tornou a tábua de salvação da cultura do narcisismo por ser capaz de: 1) oferecer um sentido moralmente aceitável para um estilo de vida, que de resto, se limita a não empurrar para adoração de nosso próprio umbigo, e 2) por nos afastar de preocupações com o mundo e com os outros, sem que tenhamos má consciência.

Na análise de Haddad (2009), o amor vem como tentativa de preencher a falta dos sujeitos:

Se se parece ser o destino de todos a busca se repete, vã, é o roteiro mais aceito pela cultura para driblar a castração freudiana, já que o amor insiste em se manter nesse lugar de preencher a falta dos sujeitos. O objeto amado encarna reiteradamente a promessa de felicidade, mesmo que a esperança se transforme em fracasso e o sonho em martírio. São muitas as maneiras de sustentação da ilusão que o amado possa completar-lhe. A infidelidade (e seu corolário) pode servir como impossibilidade, e nesse sentido ela funcionaria como um nivelamento da precariedade estrutural das relações amorosas, ao chamar para si a responsabilidade pelo fracasso (HADDAD, 2009, p. 178).

Percorrendo esses caminhos onde os objetos amorosos são frutos de relações que se processaram nos primórdios do desenvolvimento psicosssexual do sujeito, que há diferentes formas de amar e que alterações nessa economia libidinal acarretam deficiências nas idealizações e no autoconceito, levando-se em conta que as mulheres apontam para uma maior valorização do amor, a perda do objeto amoroso tem uma circunscrição de maior impacto narcísico. O amor romântico enquanto um ideal historicamente construído, com ressonâncias na clínica psicanalítica, penso aqui, nas expressões que surgem nos atendimentos

das mulheres com o implicador de um vírus HIV, onde esses ideais tomam uma emergência de serem re-significados enquanto sobrevivência psíquica, buscar destinos possíveis para o desejo, o prazer e o amor.

3.3.2 AMOR, LUTO E MELANCOLIA

Tento lhes falar de um abismo de tristeza, dor incomunicável que às vezes nos absorve, em geral de forma duradoura, que nos faz perder o gosto por qualquer palavra, qualquer ato, o próprio gosto pela vida....

Uma vida impossível de ser vivida, carregada de aflições cotidianas, de lágrimas contidas ou derramadas, de desespero sem partilha, às vezes abrasador, às vezes incolor e vazio...Morte vingança ou morte libertação, doravante ela é o limite interno do meu abatimento, o sentido impossível dessa vida, cujo fardo, a cada instante, me parece insustentável, salvo nos momentos em que me mobilizo para enfrentar o desastre.

Júlia Kristeva – Sol Negro

A aids para a maioria das pessoas é associada à morte. O diagnóstico funciona “como uma sentença de morte”, frase não raro de se escutar de pacientes em início de tratamento. Condenados a partir desse momento, apesar de terem conhecimento de que já é possível um maior controle dos aspectos físicos da doença, seu agravamento, isso não afasta o tom sombrio e mortífero desta doença. Um luto em geral é verificado, alguns levando um tempo significativo para tentar elaborar as perdas que estão associadas nesse momento. A perda de um corpo antes considerado invulnerável? A perda de uma imagem de si perante o outro? São muitas as perdas. Às vezes muito concretas: uma visão, um movimento, os longos cabelos. Outras vezes, um emprego, o afastamento de familiares. Em outras, uma separação amorosa, do parceiro que se afastou com o diagnóstico, ou da perda de uma nova possibilidade de vida em comum.

Podemos então pensar que nesse momento inicial do diagnóstico e do tratamento há um recolhimento da libido, porém esse represamento da libido do Eu ao chegar a uma determinada quantidade de desprazer, levará a investir a libido nos objetos (Freud, 1914). “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas no final precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos não pudermos amar” (FREUD, 1914, p.106).

Assim, uma situação preocupante observado na clínica da aids é que algumas mulheres que apresentavam quadros melancólicos evoluem rapidamente a óbito. Em minha experiência de atendimento, mulheres que chegavam com recém-diagnóstico, evoluindo para quadros clínicos graves, não aceitando alimentação, chorosas, ou simplesmente silenciosas e de uma entrega total a um destino cruel que parece que não podem escapar: a morte. Sobre essa questão, alerta Moreira:

É preciso uma escuta atenta para as representações possíveis do conflito entre os desejos de viver e morrer (...) há importante perda narcísica diante da representação de ser “portador” de um vírus mortífero: trata-se, em alguns casos da perda de toda representação identitária (MOREIRA, 2002, p.17).

Freud (1914) afirma que, no que concerne a vida amorosa, não estar sendo amado reduz o sentimento de si, ao passo que estar sendo amado o eleva. A diferenciação principal entre o conceito de luto e melancolia em Freud ocorre justamente na presença de uma redução da autoestima nos estados melancólicos. Situação que se observa na escuta de pacientes, e que pode desencadear quadros psicopatológicos graves, quando há uma desistência em investir na vida.

Da teoria das pulsões podemos pensar nessa relação com os seus objetos. Em “A guisa de uma introdução ao narcisismo”, Freud (1914), escreve que nos sintomas neuróticos os investimentos libidinais podem ser lançados aos objetos e recolhidos de novo, sendo esta uma oposição entre libido do eu e a libido objetal, onde quando uma consome mais a outra esvazia. Neste ponto, Freud afirma que a fase mais avançada de desenvolvimento da libido objetal capaz de alcançar é no estado de apaixonamento, que se apresenta como uma desistência da própria personalidade em favor do investimento no objeto:

A percepção da impotência, da própria incapacidade de amar, seja em consequência de perturbações psíquicas ou perturbações corporais, tem o efeito de rebaixar fortemente o autoconceito. E é aqui que se situa, a meu ver, uma das fontes dos sentimentos de inferioridade relatados de forma tão espontânea pelos pacientes com neuroses de transferência. Porém, a principal fonte desses sentimentos é o empobrecimento do Eu, resultante da enorme quantidade de investimentos libidinais dele retirados; portanto trata-se aqui dos danos ocorridos no Eu, devido às aspirações de vertentes sexuais que não mais se submetem ao controle (FREUD, 1914, p. 116).

Em Freud (1917), o luto é conceituado como a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como a pátria, liberdade, um ideal. Aparecerá na seguinte forma: “o teste de realidade mostrou que o objeto amado não existe mais, de modo que o respeito pela realidade passa a exigir a retirada de toda a libido das

relações anteriormente mantidas nesse objeto” (FREUD, 1917, p. 104). Nos casos patológicos surge a melancolia.

A melancolia irá se caracterizar por um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento de si. Na melancolia pode ocorrer em reação à perda de um objeto amado e em outras ocasiões ser de natureza mais ideal, o objeto não morreu, mas perdeu-se como objeto de amor, e outros casos, pode ter ocorrido a perda de um objeto, mas não conseguimos saber com clareza o que afinal de contas o que foi perdido: “o doente não consegue nem dizer, nem apreender conscientemente o que perdeu” (FREUD, 1917, p. 105). Desta forma, Freud concebe a melancolia como um luto que escapa à consciência.

Freud (1917) sustenta que é difícil esse período de dissolução dos laços da libido, pois mesmo quando já há uma possibilidade de substituição, pois nunca se abandona de bom grado uma posição antes ocupada. Essas exigências da realidade não são atendidas de imediato, só pouco a pouco, e com grande dispêndio de energia. Citando Freud:

É precisamente nas mulheres que a situação de perigo da perda de objeto parece ter permanecido mais efetiva. Tudo que precisamos fazer é proceder a uma ligeira modificação em nossa descrição do seu determinante de ansiedade, no sentido de que não se trata mais de sentir a necessidade do próprio objeto ou de perdê-lo, mas de perder o amor do objeto. Visto não haver qualquer dúvida de que a histeria tem forte afinidade com a feminilidade, da mesma forma que a neurose obsessiva com a masculinidade, afigura-se provável que, como um determinante da ansiedade, a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel da histeria que a ameaça da castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva (FREUD, 1926, p.141).

José Juliano Cedaro (2005) em sua tese de doutorado “A ferida na alma: os doentes de aids sob o ponto de vista da psicanálise”, constatou que os doentes de aids se sentem arremessados dentro de um campo do angustiante quando se percebem submersos por essa moléstia e a reação para lidar com essa cisão fazendo com que essa realidade aterrorizadora possa coexistir psiquicamente com o desejo de reparar a ferida narcísica é com um luto indelével por si mesmo.

Júlia Kristeva (1989) em sua obra “Sol negro – Depressão e melancolia” expõe que a depressão é o rosto escondido de Narciso, o que vai levá-lo a morte. No mito de narciso não será visto a idealização amorosa, mas a sombra sobre o ego frágil, mal dissociado do outro, precisamente pela perda desse outro necessário: “sombra do desespero”. No aspecto da depressão feminina, Kristeva aponta que a perda do objeto erótico (infidelidade ou abandono

por parte do amante ou marido, divórcio, etc) é ressentida por uma mulher como um ataque contra a sua genitalidade e, neste ponto vista equivalente a uma castração. Essa castração é sentida como ameaça de destruição da integridade do corpo e da imagem, assim com a totalidade do aparelho psíquico. A castração feminina não é des-erotizada, mas recoberta pela angústia narcísica que domina e abriga o erotismo como um “segredo vergonhoso” (KRISTEVA, 1989, p.81). Segundo Kristeva:

Uma mulher, por mais que se esforce por não ter pênis a perder, sente-se perdida por inteiro – corpo e sobre tudo alma – sob a ameaça da castração. Como se o seu falo fosse a sua psique, a perda do objeto erótico fragmenta e ameaça esvaziar toda a sua vida psíquica. A perda, fora, é imediata e depressivamente vivida como um vazio dentro (KRISTEVA, 1989, p. 81).

Nesses aspectos da relação da mulher como seus objetos, de suas rupturas de laços amorosos e outras perdas que se efetuam no âmbito do real e do imaginário da aids que se encontra um dos problemas mais preocupantes da clínica quando depressões severas ou estados melancólicos se instalam de forma imperiosa, dando faces mais sombrias com emergências e riscos de agravos à também saúde física, já tão fragilizada.

4. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

4.1. FREUD, PSICANÁLISE E SEXUALIDADE

Nascendo 1856, em Viena, Sigmund Freud presenciou uma época de expansão de uma sociedade capitalista, com seus conflitos e guerras e a ascensão da classe burguesa, com seus valores e costumes que produziam também mudanças nas organizações familiares. A Inglaterra, país símbolo de apogeu econômico da Europa do século XIX, principalmente da rainha Vitória, que governou de 1836 a 1901, ficou marcado por uma austeridade no campo da moral sexual. E esta moralidade presentificou-se nas concepções que a comunidade científica da época atribuía à histeria, considerada um problema moral: “um teatro, um fingimento cujo objetivo era fugir das responsabilidades da vida” (FULGÊNCIO, 2002, p. 32).

Segundo Garcia Rosa (1995), Freud tem sua atenção despertada para a sexualidade desde 1895 em seu artigo “Sobre a justificativa de separar da neurastenia uma determinada

síndrome intitulada neurose de angústia”, onde aponta para o acúmulo de excitação sexual não descarregada como o fator preponderante na etiologia da neurose.

Sobre o percurso de Freud, nesses primórdios da investigação sobre a sexualidade humana, descreve Strachey:

As observações clínicas da importância dos fatores sexuais na causação da neurose de angústia e da neurastenia, inicialmente, e das psiconeuroses, mais tarde, foram o que levou Freud pela primeira vez a uma investigação geral do tema da sexualidade. Suas primeiras abordagens, durante o início da década de 1890, partiram dos pontos de vista da fisiologia e da química (STRACHEY, 1996, p.121).

A amizade e troca de correspondência com Wilhelm Fliess, desde 1893, médico otorrinolaringologista, também foi fundamental para o percurso inicial de Freud, e é na discussão teórica entre esses dois médicos que alguns conceitos fundamentais vão surgindo na teoria de Freud, como sobre a bissexualidade humana, tema desenvolvido inicialmente em um trabalho de Fliess. Na Carta 52, escrita em 1896, Freud além da questão da bissexualidade, apresenta as primeiras referências às zonas erógenas e seus vínculos com as perversões. No Rascunho K, de 1896, surge a discussão sobre as forças recalcadoras, o asco, a vergonha e a moral (STRACHEY, 1996).

No texto “Comunicação preliminar”, de Breuer e Freud de 1893, surgem os indicativos de que os fatores causais da histeria remontariam a infância; na Carta 69, Freud abandona sua teoria sobre a sedução, e nas Cartas 70 e 71, apresenta o Complexo de Édipo, reconhecendo assim que as moções sexuais atuavam nas crianças de tenra idade, sem necessidade de estimulação externa.

Os “Três ensaios para uma teoria da sexualidade” (1905) foi um texto essencial de Freud onde lança as bases da sexualidade humana e aponta para os contextos do desenvolvimento psicosexual de homens e mulheres, obra que teve revisões em 1910, 1915, 1920, 1922 e 1924. É nos “Três Ensaio” (1905), no capítulo intitulado “O descaso para com o infantil”, que Freud aponta para a manifestação da sexualidade desde os primeiros anos da infância. Recorre a esse “descaso”, pela própria dificuldade da maioria das pessoas de recordarem dos seus primeiros anos da infância, a amnésia infantil, que às vezes se apresenta na memória com algumas lembranças incompreensíveis e fragmentadas.

O capítulo “A investigação sexual infantil”, acrescentado em 1915 ao texto dos “Três Ensaio”, Freud sustenta que a criança aceita sem rebeldia ou hesitação o fato de existirem

dois sexos “para o menino é natural presumir uma genitália igual à sua em todas as pessoas que ele conhece” (Freud, 1905/1915, p. 184). Freud conclui nesse texto que essa convicção é energicamente sustentada pelos meninos e somente abandonada após sérias lutas internas – complexo de castração. Segundo Freud:

A suposição de uma genitália idêntica (masculina) em todos os seres humanos é a primeira das notáveis e momentosas teorias sexuais infantis. Tem pouca serventia para a criança que a ciência biológica dê razão a seu preconceito e tenha de reconhecer o clitóris feminino como um autêntico substituto do pênis. Já a garotinha não incorre em semelhantes recusas ao avistar os genitais do menino, com sua conformação diferente. Está pronta a reconhecê-lo de imediato e é tomada pela inveja do pênis, que culmina no desejo de ser também um menino, tão importante em suas consequências (FREUD, 1905/1915, p. 184).

Até então Freud (1905) descreve como característica da vida sexual infantil como essencialmente auto-erótica, ou seja, o objeto encontra-se no próprio corpo, e de pulsões parciais, inteiramente desvinculadas e independentes entre si na obtenção de prazer. Sobre a escolha objetual, este ocorre em dois tempos: o primeiro tempo começa em torno dos dois aos cinco anos, e retrocede ou é detida pelo período de latência, caracterizada pela natureza infantil de seus alvos sexuais, e o segundo tempo, ocorre na puberdade e determina a configuração definitiva da vida sexual.

Neste texto dos “Três Ensaios”, em acréscimo datado do ano de 1914, ano que já havia publicado seu texto “À guisa de uma introdução ao narcisismo”, Freud também apresenta uma conceituação sobre a teoria da libido, “como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual” (FREUD, 1905/1914, p.205). A libido do ego que só poderia ser acessível ao estudo analítico ao investir nos objetos sexuais, quando se converte em libido de objeto.

Nos “Três ensaios”, no capítulo “A diferenciação entre homens e mulheres” (1905) Freud descreve que sendo certo que as disposições masculino e feminino já se reconhecerem na infância, o desenvolvimento das inibições da sexualidade (vergonha, nojo, compaixão) ocorre nas meninas mais cedo e com menor resistência do que nos meninos:

Nelas em geral a tendência ao recalçamento sexual parece maior e quando visíveis as pulsões parciais da sexualidade, elas preferem a forma passiva. Mas a atividade auto erótica das zonas erógenas é idêntica em ambos os sexos e essa conformidade suprime na infância a possibilidade de uma diferenciação sexual como a que se estabelece depois da puberdade. Com respeito às manifestações auto eróticas e masturbatórias da sexualidade, poder-se-ia formular a tese de que a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino. A rigor se soubéssemos dar aos conceitos “masculino” e “feminino” um conteúdo mais preciso, seria possível defender a alegação de que a libido é, regular e normativamente de natureza

masculina, quer ocorra no homem ou na mulher, e abstraindo-se seu objeto, seja este homem ou mulher (FREUD, 1905, p. 207).

Em nota acrescentada em 1915, Freud aponta para os conceitos de “masculino” e “feminino” como os mais confusos para a ciência e o decompõe em três sentidos: o emprego do masculino e feminino no sentido atividade e passividade, no sentido biológico e no sentido sociológico. Atribui à libido um caráter masculino, porque a pulsão é sempre ativa.

O conceito de pulsão, trazendo a questão do objeto e do alvo sexual apresenta aí já as relações entre homens e mulheres. Freud aponta para a hipótese de um monismo sexual: só um órgão é reconhecido pela criança nos dois sexos: o órgão sexual masculino: o pênis para o menino e o clitóris para a menina. O clitóris seria um pequeno pênis.

Em “A organização genital infantil” (1923) Freud afirma que a aproximação da vida sexual da criança, que já nessa fase faz sua escolha de objeto, à do adulto, vai muito além da escolha de objeto e não se limita unicamente a essa escolha. A característica principal dessa “organização genital infantil” é sua diferença da organização genital final do adulto e consiste de que para ambos os sexos há apenas um órgão sexual: o masculino. “O que está presente não é uma primazia dos órgãos sexuais, mas uma primazia do *falo*” (FREUD, 1923, p.158).

Freud conclui o texto acima citado, de 1923, apontando que uma primeira antítese é introduzida com a escolha do objeto que pressupõe um sujeito e um objeto. No estágio da organização pré-genital sádico-anal não existe ainda a questão do masculino-feminino, sendo a antítese entre ativo e passivo a dominante. No estágio seguinte da organização infantil existe masculinidade, mas não feminilidade. Só na puberdade que a polaridade sexual coincide masculino e feminino. “A masculinidade combina os fatores de sujeito, atividade e posse do pênis; a feminilidade encampa os de objeto e passividade. A vagina é agora valorizada como lugar de abrigo para o pênis; ingressa na herança do útero” (FREUD, 1923, p.161).

4.3.1 A INVEJA DO PÊNIS

Para Freud, nos “Três Ensaio” (1905), por volta dos quatro anos o menino perceberá que as meninas não têm pênis e a menina perceberá que lhe falta alguma coisa. Essa descoberta será interpretada pelo menino como uma castração e temerá que o mesmo lhe aconteça. Já a menina pensará que foi castrada e desejará ser um menino.

Esta questão sobre a inveja do pênis introduzida aí no texto de 1905, se tornou alvo de muita polêmica, contestada pelos movimentos feministas da época, inclusive de analistas mulheres – é porque se identificou na distinção anatômica dos sexos - ter ou não ter pênis – a tentativa de ascendência do homem sobre a mulher. Este tipo de olhar desconfiado para com o estudo da sexualidade feminina favoreceu de não se levar em conta este conceito que chama a atenção para um fato estrutural da vida psíquica da mulher: o confronto com a falta na ordem de seu corpo. “Não que falte algo no corpo da mulher, mas é que sua anatomia favorece a inscrição da mulher na ordem de uma falta” (ZALCBERG, 2007, p.22).

Esse ter ou não ter não conta em si, mas como é vivenciado para cada um dos sexos. Segundo Zalcberg (2007) Freud inaugura nesse momento um novo momento para a teoria da sexualidade, em que o sexo não é um fenômeno natural e sim resultado de um processo de subjetivação. Não há quem, homem ou mulher que não se inquiete com seu sexo.

Para Kehl (2008) no plano imaginário a masculinidade e feminilidade são compostos de identificações que estruturam o eu segundo os modos como cada cultura organiza os ideais para os gêneros e pelas estratégias particulares com que cada um organiza sua relação no trinômio falo/falta/desejo. Citando Kehl:

A feminilidade se organiza em torno do imaginário da falta, na feminilidade a mulher não tem o falo; ela se oferece para ser tomada como falo a partir de um lugar de falta absoluta, do qual só o desejo de um homem pode resgatá-la. É um artifício, evidentemente, que só produz a histeria se a mulher acredita e se identifica com ele. A histérica, neste sentido, não é a que engana o homem; é antes a que se deixa enganar pelo engodo endereçado a ele (KEHL, 2008, p.11).

Para Freud, no texto “A dissolução do complexo de Édipo” (1924b), a organização fálica das meninas se desenvolve diferente da que ocorre com os meninos. A menina ao perceber a diferença de seu órgão genital em relação a um menino acredita que “se saiu mal”, é pequeno, e é sentido por esta como injustiçada, no que para Freud aponta como *o fundamento para inferioridade*. O complexo de masculinidade das mulheres se ramifica. Nas mulheres, para Freud, essas mudanças parecem ser resultado mais da criação e da intimidação oriunda do exterior as quais a ameaçam com a perda de amor (FREUD, 1924b, p.198). A menina aceita a castração como um fato consumado e o menino teme a possibilidade de sua ocorrência.

Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo de receber do pai um bebê. Os dois desejos – possuir um pênis e um

filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior (FREUD, 1924b, p.198).

Freud conclui neste texto sobre esses processos de desenvolvimento nas meninas como sendo em geral “insatisfatório, incompleto e vago” (FREUD, 1924b, p.199).

Segundo Freud, em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), a consequência da inveja do pênis pela mulher é que se dando conta da ferida ao seu narcisismo, desenvolve como cicatriz um sentimento de inferioridade. Inicialmente explica sua falta de pênis como uma punição pessoal para si mesma, começa a partilhar do desprezo sentido pelos homens por um sexo que é inferior. O abandono de uma inveja do pênis é deslocado pela mulher, porém continua existindo na forma de ciúme. E uma terceira consequência da inveja do pênis é um afrouxamento da relação afetiva da menina com seu objeto materno.

Enfrentado o debate, em Paris, em pleno movimento revolucionário psicanalítico comandado por Lacan, Joyce McDougall (2001) apresenta suas contribuições no campo da sexualidade feminina baseadas fundamentalmente nas relações iniciais da menina com sua mãe. Para ela, e seguindo Freud, é na infância que se estrutura a base psicosexual da vida amorosa da mulher. Aponta para os estudos de Freud como sendo revolucionários ao escutar as mulheres de sua época, mas que aparentava um pouco de medo dos seus objetos de sua fascinação, suas metáforas apresentando uma representação do genital feminino “como um vazio ameaçador, uma falta, um continente obscuro e inquietante onde não era possível ver o que acontecia” (MCDUGALL, 2001, p.4).

Segundo McDougall (2001), analisando as considerações de Freud a respeito do feminino, este estaria convencido do que seria a resposta de uma menina: a extrema inveja do pênis e do desejo de possuir um, parecendo que não caberia a possibilidade dos meninos sentirem inveja da vagina, de sua capacidade da mulher de gerar filhos e de seu potencial de atração sobre os machos.

McDougall (2001) ressalta que, *o falo*, etimologicamente falando, refere-se não ao símbolo do órgão sexual masculino, mas da fertilidade, da completude narcísica e do desejo sexual. Enquanto símbolo significa objeto que cortado ao meio visava servir de reconhecimento entre pessoas, e cada uma ficava com uma metade, ou seja, cada um possuindo a metade que é exigido para completar o símbolo. “Em termos de relacionamento sexual, o pênis ereto está ligado à vagina receptiva e do ponto de vista do parceiro feminino é correspondido por excitação vaginal e interpretado como sinal de desejo mútuo”

(MCDUGALL, 2001, p.6). A internalização de uma representação simbólica da complementariedade dos dois sexos exige a renúncia ao desejo, próprio da criança, de ser e ter ambos.

Segundo McDougall (2001) a maioria hoje dos analistas homens e mulheres concordariam que o fato de que a inveja do pênis do pai pela menina é apenas uma explicação parcial das dificuldades encontradas pelas meninas em seu caminho em direção à sexualidade adulta. Os meninos também sofrem de uma forma de inveja do pênis, invariavelmente comparando o tamanho com o de seus pais. A inveja e admiração do corpo e da sexualidade da mãe, pelo menino, são similares à inveja e admiração que a menina tem em relação ao pênis e proezas sexuais de seu pai.

4.1.2 O COMPLEXO DE ÉDIPO E O DE CASTRAÇÃO

É no interior do Complexo de Édipo que se definirá a feminilidade e a masculinidade. Em “A dissolução do Complexo de Édipo” (1924b) Freud sustenta que o Complexo de Édipo é o fenômeno central do período sexual da primeira infância e após isso efetua sua dissolução, sucumbe à regressão e é seguido ao período de latência. Aponta o autor que não fica claro o que ocasiona sua destruição, mas que seria a custo de desapontamentos penosos. “A menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo, porém chega a ocasião em que tem que sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo” (FREUD, 1924b, p. 193).

Segundo Freud (1924b) é através da observação analítica que o capacitou a identificar ou adivinhar essas vinculações entre a organização fálica, o complexo de Édipo, a ameaça de castração, a formação do superego e o período de latência, o que justifica, segundo Freud, a identificar a destruição do complexo de Édipo sendo ocasionada pela ameaça de castração. Neste ponto Freud interroga sobre o correspondente do complexo de Édipo nas meninas, já que vem teorizando sobre os meninos. Cheio de lacunas e obscuro é assim descrito o Édipo nas meninas.

Uma leitura das concepções de Freud sobre o Complexo de Édipo relacionando-o ao patriarcalismo é apresentado por Nora Miguelez (2012), onde faz a distinção do complexo de Édipo em sentido restrito e o complexo de Édipo em sentido amplo. Com referência ao primeiro o intrincado desenvolvimento que contempla a bissexualidade, as identificações, a

construção do aparelho psíquico e as consequências do complexo de castração. No sentido amplo apresenta-se como um mandato cultural da proibição do incesto, ao modo como uma sociedade lida com essa interdição e se ajusta a seu domínio. Segundo a autora, o que Freud descobre com o complexo de Édipo é que explicita um sistema patriarcal que organiza uma forma peculiar de lidar com o incesto.

Miguel (2012) analisa o cenário da psicanálise em 1900, época em que Freud estava iniciando a construção de seus principais conceitos e atendendo pacientes constituídos subjetivamente em pleno sistema patriarcal. Analisando os aspectos de Freud inserido nessa cultura, Miguel (2012) aponta para os traços dessa família patriarcal: pai poderoso edipiano, mãe sedutora, intima de seus filhos e que se realiza por meio deles, o filho cruxificado entre a amorosa solicitude materna e a severidade ameaçante e interdutora do genitor admirado. “E o falo, que decide se alguém entra na cultura, que determina a que parte da humanidade pertencerá: se à arrogante ou à humilhada, se à poderosa ou à inerte” (MIGUEL, 2012, p. 184).

Segundo Miguel (2012) o complexo de castração masculino freudiano descreve o peso e as ameaças de perder para sempre a promessa de um futuro de domínio, autoridade e prestígio (ser homem, ser fálico) para passar a uma posição de sujeição e obediência (ser mulher, castrada), já o complexo de castração feminino cristalizará de imediato a partir da constatação da diferença entre os sexos, no complexo da inferioridade e na inveja fálica. Para a autora estas posições são as condições encontradas nas mulheres de 1900.

Em relação ao século XX, houve uma gradual mudança que se traduziram em importantes transformações nos costumes e nas leis que regem o individual, familiar, civil, como: o direito de propriedade foi garantido às mulheres em igual condição a de seus irmãos; o acesso às mulheres à educação universitária; foi proibido o casamento arranjado pelos pais; extinguiu-se a autorização do marido para a mulher trabalhar fora de casa, às mulheres foi sancionado o direito de votar e serem votadas, além de outras conquistas. Porém, apesar da menor hierarquização de hoje, ambos os gêneros continuam sendo subjugados para a entrada na cultura. Se antes se selava a inferioridade da mulher, ao homem havia a subjugação a um superego cruel para sacrificar sua vida ao trabalho ou à guerra. A renúncia ao pulsional é vigente na travessia edipiana como condição para a entrada no mundo humano e sujeitá-los aos determinantes que atuam nele (MIGUEL, 2012).

4.1.4 A MÃE COMO OBJETO ORIGINAL

Em agosto de 1925, Freud conclui um texto considerado por seu editor James Strachey como a primeira e completa reavaliação sobre o desenvolvimento psicológico das mulheres, “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925). Neste texto, há uma questão levantada por Freud já que meninos e meninas tem a mãe como objeto original, é como a menina faz a troca de objeto, a mãe pelo pai. Freud, a partir de suas observações clínicas, conclui que o complexo de Édipo tem uma longa pré-história.

No texto “Sexualidade feminina” (1931), Freud inicia retomando o texto anterior de 1925, já com um questionamento à respeito de quando a menina, que teve a mãe como primeiro objeto de amor, encontra o caminho em direção ao pai e como, quando e por que se desliga da mãe. Pensar esses deslocamentos pode ser vital para compreendermos as nuances de desenvolvimento da sexualidade feminina e concomitantemente a partir dessas relações amorosas iniciais as complexidades das relações afetivas futuras, em vida adulta. Freud considerava complicado esses movimentos de deslocamento que a menina efetuava: do clitóris para a vagina e da mãe para o pai.

Há aqui também a importância que Freud atribui ao período pré-ediapiano e entende que não há como tentar entender o desenvolvimento da sexualidade feminina fazendo um paralelo ao desenvolvimento da sexualidade masculina. Dessas fases iniciais Freud considera até menos sucesso nas análises de suas pacientes que pouco lhes dispusera material desse período de ligação com a mãe e que colegas psicanalistas como Jeanne Lampl-de Groot e Helene Deutsch perceberam melhor esses fatos pela transferência a uma mãe substituta. Uma suspeita que Freud levanta é que nessa fase a ligação com a mãe está relacionada à etiologia da histeria e também o germe da paranóia posterior das mulheres, de um temor de ser morta pela mãe, provavelmente um processo projetivo pelas restrições do treinamento dos cuidados corporais.

Nos textos de 1931, “Sexualidade feminina”, e de 1932, “Feminilidade”, Freud vem traçando esse processo de desenvolvimento da menina, onde a vinculação com a mãe no período pré-ediapiano é descrito com componentes ambivalentes, possuindo tanto uma natureza carinhosa, como agressiva e hostil. Desse período Freud descreve a despeito dos traumas sexuais infantis, que suas pacientes traziam por terem sido supostamente seduzidas por seus pais. Este foi um marco importante para a psicanálise na descoberta de que tais

relatos eram inverídicos e assim compreender que os sintomas histéricos derivam de fantasias sexuais.

Segundo Freud, em seu texto “Feminilidade” (1932b), o afastamento da menina da mãe é um passo que se acompanha com hostilidade. Há uma exigência da criança no que diz respeito ao amor materno, nunca suprido, sempre frustrado. Em análise com pacientes, Freud (1932b) constatou que as meninas responsabilizam as mães pela falta de pênis nelas. A esse complexo de castração, sentido pela menina como inveja por não possuí-lo, é um fator decisivo no crescimento da menina. A menina volta-se para o pai no desejo de possuir o pênis não encontrado na mãe. A situação se estabelece quando o desejo do pênis passa a ser o desejo de um bebê. Assim a menina inicia sua entrada no Complexo de Édipo.

Freud nesse texto de 1932 analisa ainda que nem sempre é fácil distinguir entre o que se deveria atribuir à influência da função sexual e o que atribuir à educação social. Atribui-se à feminilidade maior quantidade de narcisismo, que também afeta a escolha objetal da mulher, de modo que para ela, ser amada é uma necessidade mais forte que amar. A vaidade feminina revela uma forma compensatória por sua suposta inferioridade sexual original e a vergonha, também considerada como uma característica feminina, tem como finalidade a ocultação desta suposta deficiência genital. A fase pré-edipiana se configura como decisiva para o futuro de uma mulher; é onde são feitos os preparativos para a aquisição das características com que mais tarde exercerá seu papel na função sexual e nas realizações de tarefas sociais.

Roudinesco e Plon (1998) analisam, contudo, que o principal erro de Freud no que concerne à organização edipiana da sexualidade feminina foi ter desconsiderado todo o campo das relações arcaicas com a mãe e que a concepção do clitóris como homólogo de um pênis pequenino mais remetia à sua atração intelectual pelas mulheres a quem sentia como “masculinas” ou “fálicas”.

Joyce McDougall (2001) que também irá enfatizar a importância da fase pré-edípica da menina e sua vinculação com a mãe, apresenta com referência a sexualidade da menina as seguintes dificuldades no seu desenvolvimento:

- 1) com base em seu destino anatômico, onde seu sexo é a porta de entrada em seu corpo, a vagina esta fadada a ser igualada no inconsciente, ao ânus, à boca, à uretra e portanto passível de partilhar tanto os investimentos libidinais sádicos e masoquistas quanto as fantasias que essas zonas implicam. A menina assim teria maior probabilidade de temer que

seu corpo seja considerado sujo ou perigoso por causa dessas confusões zonais. As comunicações não verbais mãe bebê, a importância libidinal e narcísica que a mãe dá ao self físico e psicológico de sua filha.

2) a integração da profunda ligação homoerótica com a mãe. Nos braços da mãe o bebê vivencia o primeiro projeto psíquico dos futuros relacionamentos sexuais e amorosos. Se desde a infância as crianças virem seus pais comportando-se como um par amoroso que se respeita e deseja sexualmente e que nem uma briga feroz entre eles causa um dano duradouro, tenderão a seguir esse modelo adulto. A menina vai querer identificar-se com sua mãe não apenas em sua maternidade, mas em suas relações amorosas e sexuais. Nestes primórdios há uma busca pelo desejo de viver e cabe à mãe a tarefa de incitar o filho a querer viver.

Segundo McDougall (2001) ressalta, a menina precisa ouvir de seu pai expressões de apreço e valor por sua feminilidade e pela feminilidade da mãe dela – sua esposa. Da mesma forma precisa ouvir a mãe expressar valor e respeito pelo pai, bem como pela identidade sexual de sua filhinha, assim como também atribuir valor a sua própria vida social e sexual como mulher. “Uma menina a quem é dito que os homens são porcos egoístas, que só querem se aproveitar das mulheres, seduzi-las e dominá-las terá dificuldade para gostar de alguém do sexo masculino, confiar nele, bem como separar-se de sua mãe” (MCDUGALL, 2001, p.12).

Uma questão da menina, segundo McDougall (2001), é o desejo de possuir sexualmente a mãe, gerar filhos com ela e ser singularmente amada por ela num mundo do qual todos os homens estão excluídos. Quer ser também um homem como o pai e possuir os genitais dele e devido a falta de satisfação, essas pulsões ficam associadas a uma ferida narcísica. Existe também uma forte atração erótica com o pai, impelindo a menina a introjetar muitos aspectos da imagem da mãe. A menina assim terá que se haver com muitas mães internas: um objeto maternal adorado, outro é desejado, outro desperta ressentimento, outro é profundamente temido. Citando McDougall:

A menina precisa arrancar de sua mãe o direito de ser ela própria, identificando-se com sua mãe em seu mundo psíquico interno, mas precisa também de sua mãe externamente, como guia, como consoladora e auxiliadora nos anos que se seguem (MCDUGALL, 2001, p. 13).

4.1.4 O FEMININO, SEUS CONTEXTOS E DESLOCAMENTOS

No contexto brasileiro, a psicanalista Maria Rita Kehl, em seu livro “Deslocamentos do feminino” (2008), fruto de sua tese de doutorado defendida na PUC-SP, apresenta como objetivo questionar na clínica psicanalítica as relações que se estabelecem entre a mulher, a posição feminina e a feminilidade e o faz analisando o campo a partir do qual as mulheres se constituem como sujeitos. Apresenta assim um estudo a partir dos primórdios da vida burguesa, na segunda metade do século XIX, pois segundo Kehl “(...) a mulher oitocentista, assim como o homem também faz parte das formações sociais que produziram o sujeito moderno, o sujeito neurótico da psicanálise” (KEHL, 2008, p.12).

Kehl (2008) aponta que desconfia que a histeria como fenômeno social do século XIX tenha algo a ver com o relaxamento de algumas condições repressivas e que ameaçavam as mulheres com o retorno do recalco, portanto com a angústia, formações de sintomas. E que Freud diante disto tentou a única saída com as limitações próprias do homem do seu tempo: curar as histerias reconciliando a mulher com a feminilidade. Porém a reconciliação é impossível e é a histeria que denuncia isto.

Segundo Kehl (2008), Freud em seu texto “À guisa de uma introdução ao narcisismo” (1914) apresenta como características das mulheres a infantilidade, o narcisismo, a frieza de sentimentos e uma habilidade para a dissimulação desenvolvida a partir de seu complexo de castração. Segundo Kehl, tais características estão presentes também nos textos de Freud “O ego e o id” (1923), “Sexualidade feminina” (1931) e “Feminilidade” (1932). O homem freudiano seria aquele sempre inseguro de seu valor, narciso ferido, eterno amante dedicado a conquistar o amor da virgem inexperiente, a quem caberia depois do casamento reconhecer a virilidade dele. A mulher representava o objeto misterioso, que embora dependente material e juridicamente do parceiro, jamais lhe revelaria o segredo de seu desejo e do gozo (KEHL, 2008). Para Kehl:

Fazer-se feminina e sedutora a partir da castração é apenas uma delas, da qual as mulheres sabem e podem gozar. Mas é impossível subjetivar-se inteiramente na posição feminina, uma posição de dependência em relação ao desejo do outro muito semelhante à castração infantil (KEHL, 2008, p. 267).

O texto de Joel Birman “Se eu te amo, cuide-se: sobre a feminilidade, a mulher e o erotismo nos anos 80” (1997), traz a personagem Carmem da ópera de Bizet no que esta apresenta na sua exuberância, excessos, encarnaria o desejo, o desejo de liberdade de seu desejo. Seguindo suas análises a respeito da mulher, o autor aponta esta personagem como

produto de mulher pré-fabricado no atelier do pensamento feminista das décadas de 60 e 70: teria sido meticulosamente produzida pelas teses feministas que reivindicaram um novo lugar social e outras posições possíveis para a mulher. Aqui o atributo que se vê na personagem é a da mulher fatal, e sem dúvida, ressalta o autor, que a figura da mulher fatal é um antigo personagem de nosso imaginário social sobre a feminilidade.

Segundo Birman (1997) a mulher, destituída de qualquer poder social somente o que lhe restava eram os atributos graciosos de seu corpo e a promessa das delícias que insinuava para capturar o homem embevecido pelo seu charme. “A intenção da musa sensual era a de se vingar da condição subalterna que a definia de forma aprisionante no campo social, procurando inverter as relações de força no mercado do amor” (BIRMAN, 1997, p. 104). Ou seja, agora a mulher se valeria das armas masculinas para ludibriar o machismo orgulhoso dos homens e esta figura feminina era a materialização de uma mulher homem.

De Freud aos psicanalistas contemporâneos muito se tem produzido a respeito da mulher e do feminino. Coube à Freud dar a escuta inicial e trazer importantes contribuições, rompendo com o discurso médico psiquiátrico de sua época, contudo vivendo os rigores da sexualidade vitoriana. Hoje se pode dar outros espaços para escutar as mulheres, a feminilidade, pois muitos novos enredos se modificaram nos últimos anos, as novas configurações familiares, as questões de gênero, como se estabelecem os papéis da mulher e do homem nesses novos rearranjos.

4.2 A PULSÃO, O RECALQUE E O SINTOMA

Freud construiu sua teoria sobre a sexualidade humana a partir de conceitos cruciais que servem para esse complexo caminho pelo qual uma pessoa vai se desenvolvendo psiquicamente. A pulsão é um dos conceitos principais, “a trieb”, que segundo Freud em seu texto “Pulsão e destinos da pulsão” (1915), define: “ (...) é um conceito limite entre o psíquico e o somático como o representante psíquico dos estímulos que provém do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo” (p.148).

Nessa fronteira entre o corpo e o mental, a pulsão possui: fonte (Quelle), pressão (Drang), meta (Ziel) e objeto (Objekt). Por pressão entendemos seu fator motor: toda pulsão é uma parcela de atividade, quando menos rigorosa, se fala de pulsões passivas. A meta da pulsão é sempre a satisfação. São diversos os caminhos que podem conduzir a uma meta; uma

pulsão pode ter numerosas outras metas mais próximas ou intermediárias, que se combinam ou até se permutam entre si antes de chegarem à meta final. O objeto da pulsão é aquilo em que, ou por meio de que, a pulsão pode alcançar sua meta. É o elemento mais variável da pulsão e não está originalmente vinculado à ela, sendo acrescentado em razão a sua aptidão para propiciar satisfação. O objeto pode também não ser um outro objeto externo, mas uma parte do próprio corpo. Por fonte da pulsão entende-se como o processo somático que ocorre em um órgão ou parte do corpo e do qual origina um estímulo representado na vida psíquica da pulsão. Freud frisa que a pulsão só se faz conhecer por suas metas (FREUD, 1915).

Freud desenvolveu primeiramente a divisão entre o das pulsões do Eu ou de autoconservação e o das pulsões sexuais. Quanto a seus destinos as pulsões podem ser: a transformação em seu contrário, o redirecionamento contra a própria pessoa, o recalque e a sublimação.

Aqui encontramos o dualismo amar e odiar, estas estariam inscritas nas relações estabelecidas do Eu com o outro e do mundo. A oposição amar/ser amado e a oposição pela qual o amar e odiar se oporiam em conjunto à condição da indiferença, constituiriam outras variáveis possíveis do amar.

A transformação do conteúdo de uma pulsão em seu oposto só pode ser observada no caso da conversão do amor em ódio. Esses dois sentimentos se dirigem simultaneamente para o mesmo objeto, ou seja, ambivalência de sentimentos: “O caso de amor e ódio torna-se de especial interesse para nós, porque não se encaixa em nossa explanação das pulsões. Não duvidamos que exista a mais estreita relação entre a vida sexual e esses dois sentimentos opostos” (FREUD, 1915, p.157).

Freud (1915) afirma então que a palavra “amar” restringe-se cada vez mais a esfera da pura relação de prazer do Eu com o objeto e que por fim ela se fixa nos objetos sexuais em sentido mais estrito, bem como nos objetos que satisfazem as necessidades de pulsões sexuais sublimadas.

Em “Além do princípio do prazer” (1920), Freud a partir das manifestações da compulsão à repetição, típicas da infância e nos tratamentos psicanalíticos, na transferência, levou-o a proposição da existência de uma pulsão de morte, “o objetivo de toda vida é a morte” (FREUD, 1920, p. 161). Demarca assim um novo momento em seus estudos metapsicológicos sobre as pulsões. Abandona a oposição pulsões sexuais e pulsões de auto conservação e apresenta o dualismo pulsional em termos de “pulsão de vida” e “pulsão de morte”. As pulsões de vida, também designadas de “Eros” abrangem as pulsões sexuais e as pulsões de auto conservação. Para Freud a pulsão de vida estaria a serviço da pulsão de morte

Conforme Birman (2009) analisa o circuito pulsional de Freud:

1) O amor de si, de caráter narcísico por excelência e condensado no registro do eu-do-prazer, implicaria a relação do eu com as pulsões que oferecessem prazer e satisfação.

2) O amor do outro, constituído a posteriormente quando o Eu pudesse reconhecer que o outro e o mundo pudessem ser também fonte das experiências de prazer e satisfação e não apenas o eu narcísico.

“O destino de uma pulsão que acaba de brotar pode ser encontrar ao longo do percurso, resistências que queiram impedir a sua ação. Sob condições que ainda examinaremos mais detalhadamente, ela entra em estado de recalque” (FREUD, 1915, p. 177). O recalque é um dos conceitos também centrais da teoria psicanalítica e pelo qual Freud se dedica a escrever um artigo onde aponta para essa tendência da pulsão “o sujeito perceberá que repudiar o conteúdo da pulsão baseando-se em um juízo de valor (condenação) pode ser uma providência eficaz” (FREUD, 1915, p.177).

A técnica da psicanálise vai apontar para as produções do paciente no que se refere às representações derivadas do recalcado, em geral estas ideias estão distorcidas ou deformadas em função do processo de censura do consciente. Freud ressalta que as consequências provocadas pelo recalque nas diferentes neuroses e para os vários mecanismos criados a partir do processo de recalque, como as formações substitutivas e os sintomas, sendo estes considerados como indícios de um retorno do recalcado.

O recalque, segundo Freud (1915), trabalha de forma altamente individual, cada representação derivada isolada pode ter seu destino específico, um pouco mais, um pouco menos de deformação faz com que todo o resultado se altere. Freud (1915) afirma que se pode compreender assim que os objetos preferidos das pessoas, e também seus ideais se originem das mesmas percepções e experiências que os objetos por elas mais execrados.

A manutenção de recalque é um constante dispêndio de força. O fator quantitativo é decisivo para o conflito. Quanto à *representação* que representa a pulsão que antes era consciente, ela pode ser totalmente reprimida, de forma que nada mais se encontre dela, ou surgir como afeto “com determinado colorido qualitativo”, ou transformada em “medo”. O mecanismo de recalque só se torna acessível a partir de seus efeitos. Uma parcela representacional do representante do recalque cria uma formação substitutiva.

Aqui Freud oferece uma distinção entre formação substitutiva e sintoma. Os sintomas dizem respeito a um retorno do recalcado. Na formação substitutiva o trabalho do recalque ocorre um afastamento e substituição da representação, não há êxito em evitar desprazer, surgindo o medo, neste caso aqui Freud encontra esta situação presente na histeria de

angústia. Na histeria de conversão aponta para os casos típicos de conversão somática-sensória ou motora (FREUD, 1915).

Na “Conferência XVIII- Fixação em traumas – o inconsciente” (1916), Freud afirma que os sintomas tem um sentido e se relacionam com as experiências do paciente, tem uma conexão com a vida de quem as produz. A construção de um sintoma é o substituto de alguma coisa que não aconteceu. A partir dos processos interrompidos, que de alguma forma foram perturbados e obrigados a permanecer inconscientes – o sintoma emergiu. (FREUD, 1916, p. 287).

Ao desenvolver sua teoria sobre o inconsciente, Freud (1916-1917) adverte sobre o terceiro grande golpe a que o homem se viu tomado, que não é senhor de sua própria casa, que tem escassas informações sobre o que passa em sua mente, com seu inconsciente

4.3 O MASOQUISMO E O FEMININO

Esta inserção do masoquismo aqui neste trabalho deve-se em parte ao que Freud concebeu como fazendo parte do sentimento inconsciente de culpa, onde surgiria a necessidade de punição, ou seja, a presença aí do masoquismo (FREUD, 1930). Outra questão que levou a pensar o masoquismo é sua associação ao feminino, onde encontrei na leitura da psicanalista Sylvia Nunes (2000) a possibilidade de fazer essas articulações com o pensamento freudiano.

Freud (1924) considerou o masoquismo enigmático, já que o princípio de prazer tem como meta obter o prazer e evitar o desprazer, como compreender então quando a dor e o desprazer passam a serem metas almejadas.

Segundo Freud (1924), o masoquismo se apresenta de três formas: erógeno, feminino e moral. O masoquismo erógeno é o prazer derivado da dor, o masoquismo moral se manifesta como uma sensação de culpa, em geral, inconsciente. E ao masoquismo feminino, segundo Freud é mais acessível à observação a partir das fantasias de alguns homens e que tais fantasias servem para ativar a potência sexual ou funcionam como ação preparatória para a relação sexual ou são executados como um fim em si. Nestes casos o masoquista quer ser tratado como uma criança pequena, indefesa e dependente, e acima de tudo uma criança dependente e má. Freud também associa essa condição masoquista a uma situação típica da condição feminina, ou seja, “de ser castrado, de dar a luz, de ser objeto do coito” (FREUD, 1924, p. 108).

Sylvia Nunes (2000) aponta que a teoria freudiana reforçou uma associação entre passividade, masoquismo e feminilidade e que suas teses foram decisivas para uma divulgação social da ideia de um masoquismo feminino, porém este não foi o primeiro a realizar tal associação. Segundo a autora, essa ideia fez parte de uma estratégia da psiquiatria e da sexologia do século XIX para a regulação do corpo feminino, com o intuito de circunscrever as mulheres à esfera doméstica e à maternidade, com isso:

Tal estratégia, iniciada no século XVIII, colocou a mulher e sua sexualidade como um assunto privilegiado dos discursos médicos. Nesse contexto, a higiene pública, a medicina legal e a psiquiatria ocuparam-se, de forma bastante ativa, das mulheres e sobre elas teceram pressupostos, teses, normas de comportamento, reforçando velhos mitos e caucionando um projeto de controle minucioso sobre a sexualidade (NUNES, 2000, p. 11).

Uma dupla imagem da mulher é construída durante todo o século XIX: de um lado colocam a mulher como um ser frágil, sensível e dependente, modelo de mulher passiva e assexuada e por outro lado, a mulher como portadora de uma organização física e moral facilmente degenerável, dotada de um excesso sexual a ser constantemente controlado. Era considerado “antinatural” e “anti-social” qualquer comportamento feminino que não correspondesse aos ideais de esposa e mãe (NUNES, 2000). Para essa autora:

Numa sociedade na qual a hierarquização entre os sexos pressupõe uma relação de casal onde a mulher deve ser submetida ao marido, abrindo mão de sua condição de sujeito, a assunção de uma posição masoquista pode ser a única saída vislumbrada ou mesmo desejada. Ao negar às mulheres o direito a qualquer outra maneira de inscrição no universo cultural que não a esfera doméstica, essa sociedade possibilita que aquelas que não correspondam a essa expectativa fiquem confrontadas com uma ausência de referências identificatórias, deixando-as diante de um desamparo quase insustentável. Nesse sentido o masoquismo aparece como uma forma de defesa possível contra a dor do desamparo (NUNES, 2000, p. 247).

Segundo Nunes (2000) uma medicalização do corpo feminino é iniciada no século XIX, ganhando espaço nos discursos psiquiátricos, que tentavam patologizar qualquer exercício da sexualidade feminina que não fosse voltada para o casamento e reprodução. Com o aumento populacional e crescimento das cidades, surge um projeto de higiene social, e é a medicina que se torna um instrumento privilegiado de regulação física e moral do corpo.

A histeria era considerada uma forma patológica de expressão da natureza feminina e prova de estigmas degenerativos em todas as mulheres. Neste ponto, os discursos psiquiátricos versam sobre o masoquismo e a histeria. À mulher foi aliada uma ideia de que a maternidade implica em sacrifício e submissão ao homem, e que disso, a mulher deve extrair alegrias e prazeres, ou seja, a natureza feminina tem maior capacidade de suportar sofrimentos, transformando a dor em prazer. Nunes (2000), citando Krafft-Ebing sobre seus estudos na área sexualidade e de sua obra “Psicopatia social”, descrevem a mulher ligada a

um papel social e sexual passivo, de acordo com a função que tem de procriação. Em função dessa natureza, teria um desejo sexual mais débil que a levaria a uma maior necessidade de ser amada e uma menor necessidade de gozo. O amor e o casamento seriam mais importantes para a mulher do que o sexo.

A psicanálise, afirma Nunes (2000) chega rompendo com esses discursos, apresentando aspectos revolucionários e inovadores, colocando como centro da sexualidade a questão do prazer.

Segundo Nunes (2000) para a condição de desamparo em que se encontravam as mulheres do final do século XIX, o masoquismo aparece como uma possibilidade real de inscrição do sujeito feminino na ordem cultural. A histeria sendo um protesto feminino ao ideal de feminilidade imposto: maternal, passiva, assexual. O masoquismo feminino seria a face negra dessa regulação do corpo feminino. Para a autora a mulher masoquista é:

(...) aquela que deparando-se com sua *feminilidade* e “com a ausência de insígnias fálicas universalistas que norteiem sua vida, aceita o jogo mortífero da sujeição, colocando-se como complemento fálico de seu parceiro, tentando assim escapar do desamparo, à dor e ao sofrimento e tirando daí seu quinhão de prazer” (NUNES, 2000, p. 237).

Nunes (2000) analisa que para Freud a *feminilidade* é, antes de tudo, um conceito para além da diferença entre os sexos. Associando a feminilidade ao complexo de castração, Freud confere a ela um estatuto universal, centro da problemática de nossa cultura e do processo de subjetivação que diz respeito a homens e mulheres. Nesse sentido, Freud rompe com as concepções iluministas sobre a mulher.

4.3.1 BIRMAN: DESAMPARO, FEMINILIDADE E MASOQUISMO

Segundo Birman (1999) o masoquismo ocupou um lugar de destaque como grande modalidade de ser da subjetividade na metapsicologia final do discurso freudiano. Para este autor o conceito de desamparo, como conceito metapsicológico, surge a partir sua última teoria pulsional – pulsão de morte e vida, após 1920, e onde o desamparo se articularia com os conceitos de sublimação e feminilidade, e o masoquismo sendo considerado sua face negativa.

Explanando um pouco mais sobre as ideias de Birman (1999) entre desamparo, feminilidade e masoquismo, este autor faz referência às confusões e mal-entendidos existentes sobre a palavra desamparo e o conceito de desamparo, onde a palavra desamparo estaria desde o início do trabalho de Freud, no texto do “Projeto de uma psicologia científica”, de 1895,

porém não é isso que ocorre. No “Projeto”, Freud apresentaria a vida como condição de origem insofismável do ser e a morte como a perda desse bem originário.

Já em “Além do princípio do prazer” (FREUD, 1920) a morte é o que está na origem do ser, e a vida como a possibilidade que o ser adquire para opor-se à eminência e a irrupção da morte. A vida é uma aquisição. Neste novo contexto há uma incapacidade originária para a vida do organismo como também uma insuficiência vital deste. Dessa prematuridade biológica que o organismo humano precisaria de um outro como condição imprescindível para sobrevivência enquanto organismo. O outro como ordem que inscreveria o infante marcado pela desordem no registro da vida. Assim a natureza humana desenvolveria uma marca insuperável de dependência ao outro.

No primeiro momento da teoria freudiana a ordem vital estava identificada com a sexualidade e o prazer. Já com a nova teoria, onde a pulsão de morte é a força primordial, esta estaria regulado pela principio de nirvana, o prazer não é mais originário. Eros enquanto potência de vida se contrapõe a Tanatos – morte. Freud aqui teoriza que como forma de agenciamento dessa operação, das forças de vida contra a morte, insere-se o outro. Este seria algo do exterior ao organismo, que enquanto contra força contraporá ao movimento de descarga. É no campo dos objetos de satisfação advindos do exterior, do outro, que Eros atua contra Tanatos. A vida seria da ordem da transmissão, de algo que ofertado como dom pelo outro. “O sujeito se constitui assim pelo trabalho do outro, pela mediação de uma dependência da qual jamais se libertará” (BIRMAN, 1999, p. 25).

A feminilidade, para Birman (1999), se articularia com a condição de desamparo pela ausência do referencial fálico. Revelaria a dispersão pulsional originária e a carência imediata de instrumentos de domínio das excitações, provocaria algo da ordem do horror pela inexistência de instância de proteção, falta de proteção para a subjetividade e sua condição de desamparo. Seguindo sua análise, Birman (1999) afirma que em função do que foi exposto, o masoquismo, passa, a partir de 1924, a ser resultante direta do excesso e da força pulsional, que diante da inviabilidade do organismo de lidar imediatamente com o transbordamento energético e costurar destinos possíveis para isso. “O masoquismo é o efeito primordial da angústia do real, delinea pois num registro eminentemente subjetivo a maneira pela qual o desamparo se encorpa e incorpora” (BIRMAN, 1999, p. 28).

Desta forma o masoquismo passa a ser entendido como uma forma de subjetivação que permearia as diferentes funcionalidades psicopatológicas, sejam na neurose, na psicose ou na perversão.

5. SOBRE O RELATO CLÍNICO: LARISSA

Entre mães e filhas:

Ao encontrá-la pela primeira vez aguardando-me à porta do ambulatório, Larissa já me trazia na cena que se desenrolava, um aspecto de sua vida, sua dificuldade com a família, em particular ali com a mãe. Parecia tirar toda a força de seu corpo para defender-se dos comentários maternos. Nesse início despertou em mim algo de um infantil, de uma onipotência fragilizada, de seu desamparo diante do diagnóstico de HIV remetendo a escancarar outras feridas. Diante do desespero de um diagnóstico que agora já não podia evitar, Larissa encontrava-se diante do insuportável: de uma ferida a céu aberto no seu narcisismo.

Pensei ali o que Larissa buscava em mim: sair em sua defesa? Era o que estava me demandando nessa hora. Do que precisava ser defendida? Ou de quem? Quando sua mãe saiu do consultório, se abriu um lugar para o silêncio. Um silêncio se fez nela, ao me colocar para escutá-la ali. De sua altivez, foi abrindo espaço para tentar falar de si, de seus sentimentos. Fala desse momento da “confusão em sua vida” e da tristeza diante de suas perdas, que a isolava em sua casa, tentando fugir dos conflitos com a mãe. Como fugir de conflitos? Que conflitos trazia?

Nossos atendimentos iniciais giraram em torno de sua angústia em como contar ao seu parceiro atual sobre o diagnóstico de HIV. Apesar de não vê-lo desde a época em que começou a adoecer, se perguntava: se contasse, ele a agrediria? A abandonaria? A aceitaria? Entre as angústias do contar-como contar aos poucos trazia sua relação com seus pais. Suas preocupações e medos, para além das críticas e discriminações, diante do diagnóstico HIV continha a pergunta dirigida a seus pais: “Quem ia me cuidar?”

O que destoava em Larissa era seu aspecto confiante, determinado e desafiador que aparentava quando a encontrava no ambulatório, e que permanecia por algum tempo inicial nos atendimentos, até que ia surgindo, nas associações, algo que parecia arremessá-la a uma Larissa triste e solitária, uma criança com medo e perda, em total desamparo. Larissa, para

quem a primeira gravidez aconteceu aos 14 anos, teve filhas-irmãs, cuidadas que foram por sua mãe. Já após a descoberta do vírus encarnou esses aspectos da maternidade cuidando de uma neta, para quem deslocava seu amor e cuidados. Essa foi a maternagem que foi se processando nesse período, de um encontro difícil, conflituoso. Entre o dito e o não dito, o saber e o não saber do sexual. Larissa quer encontrar uma saída para os conflitos com as filhas e a mãe. Relembrando Joyce McDougall, citada anteriormente:

A menina precisa arrancar de sua mãe o direito de ser ela própria, identificando-se com sua mãe em seu mundo psíquico interno, mas precisa também de sua mãe externamente, como guia, como consoladora e auxiliadora nos anos que se seguem (MCDUGALL, 2001, p. 13).

O cenário que me trouxe com esse não saber da sexualidade colocando a mãe como esse lugar do “não saber”, não saber da menstruação, não saber do preservativo e a mágoa direcionada à de não ter aprendido com ela. Essa posição regredida que se fez nos atendimentos foi onde pude tentar dar voz a essas queixas maternas. Segundo Zalcberg (2007, p. 33): “deste fator – de a mãe inscrever a criança num universo simbólico e discursivo que é seu – cada história de vida é um desdobramento. O que o analista ensina o sujeito a reconhecer como seu inconsciente é a sua história cujo capítulo não é escrito por ele mesmo”. O que Larissa desconhecia de seu corpo? A obstinação e ressentimentos de Larissa à mãe expressou desta forma em um atendimento, em que falava que agora queria refletir, ficar um tempo só, porque estava sempre com alguém e ao perguntar como era isso para ela, respondeu-me: “como minha mãe diz, uma pessoa bonita, intelectual, porém não progrediu nada..não vou mostrar para ela, vou mostrar para mim mesma”. Essa era o conflito de Larissa, sentir-se sozinha no seu mundo interno, desamparada, precisando dessa mãe protetora, acolhedora, e que até então vivia camuflando essa carência “em nunca estar só”.

Os caminhos da repetição

Nesse aspecto penso nessas relações destrutivas e violentas e que vão fazendo parte da vida de Larissa enquanto repetição – companheiros que vivem na marginalidade e que algo de um masoquismo presente, no sentido apontado por Nunes (2000), de assujeitamento ao outro, quando não encontra recursos fálicos outros que possam lhe garantir escapar do seu desamparo. Uma necessidade de punição constante por culpa atribuída à vivência dessa sexualidade, sempre transgredida, e sempre em situação de atuação pulsional. Apesar desse movimento pulsional, seus conflitos internos buscam conseguir uma conciliação possível e

não a arremessá-la a quadros depressivos, mantendo o prazer, se ligando a Eros. Talvez o que a liberte dessa condição é sua acirrada luta para não se identificar com a mãe submissa, que não soube mostrar-lhe sua sexualidade.

Conforme Freud (1924a) nos afirma em seu texto “O problema econômico do masoquismo”:

O masoquismo leva o sujeito à tentação de agir de forma “pecaminosa”, para que posteriormente essa ação seja, então, expiada por meio das críticas de ação sádica ou pelos castigos corporais aplicados pelo grande poder – de natureza parental – do Destino. Para conseguir que esse representante do casal parental o castigue, o masoquista deve fazer coisas inadequadas e trabalhar contra o seu próprio benefício, destruir as expectativas que se lhe abrem no mundo real e eventualmente aniquilar sua própria existência real (FREUD, 1924a, p.114).

Há uma entrega total a esse amor, a essa relação, onde o outro é responsabilizado por tê-la seduzido e encantado “depois que ele fez gostar” e quando em sua fala: “fez essa maldade comigo”, como se nada pudesse ter feito para fugir desse destino trágico. E essa sedução atribuída ao outro, pediu uma entrega total, que significava a confiança desse amor: “eu passei confiança, mas não tive a confiança dele”. O risco a que se submetia, seu corpo e sua vida, parecia fazer parte da entrega amorosa ao qual se sujeitava. Quando sentiu a ameaça que o pacto silencioso que fazia com o companheiro que a havia contaminado, poderia ser rompido, reage ameaçando-o. De sua história, os seus envolvimento afetivos que pareciam intensos e conturbados pareciam ao mesmo tempo fazer parte de uma tentativa de Larissa encontrar a si mesma, de uma busca incessante por uma liberdade que ela mesma não encontrava parâmetros, limites. Lutava contra um outro que podia agredi-la, maltratá-la, só não abandoná-la.

O pai

O pai de Larissa aparece como aquele que não sustentava o amor “conversava, conversava...e depois me espancava”. O relato de Larissa dava um tom de inquisição, por que a conversa e se no fim das contas iria me espancar? O desfecho dessa história de amor era de um tom trágico e sombrio que aparecia deixando marcas em seus relacionamentos com seus parceiros. Vida amorosa que não dava conta de prosseguir para além dos “cinco anos” e que eram “só namoros”. Estabelecer uma relação remetia confiança, confiança quebrada que “podiam rasgar as páginas”.

Nessa relação paterna, me remeto à obra de Ferenczi (1932), ao teorizar sobre um desencontro por assim dizer entre a linguagem de pais e seus filhos, crianças e adultos.

Crianças em situações de abusos físicos, morais, sentem-se confusas nessa relação ternura – agressão, e pedem ajuda a um segundo, em geral, a mãe, que as proteja. Ao escutar Larissa, me levava a tentar entender essa incongruência na atitude paterna, de um rompante de loucura, que de traumático e assustador pode significar psiquicamente para uma criança. Nesses relatos sobre os espancamentos sofridos do pai, em meio a perplexidade que parece ainda residir nessa dificuldade de interpretar os intempestivos acessos de raiva que ficava exposta, diante de um pai antes compreensivo, que a colocava sentada para conversar, Larissa trazia ao mesmo tempo, a falta de socorro a essas situações, e os ressentimentos com a mãe, que aparece como ausente nessas cenas.

Aprendendo a ser mulher

Da rebeldia que como “quanto mais falam, mas faço”, parece apontar uma saída para tentar se auto afirmar, se encontrar, como quando saía para rua, fugindo da casa com tantos conflitos, abusos. Penso também nesse aprender enquanto demanda que me foi dirigida transferencialmente que algo lhe fosse ensinado. Algo que busca nas palavras do dicionário, sentidos para seu viver e como continuar a viver.

A transferência como lugar de amor dirigida a um outro, algo dessa ordem estaria se processando. A esse lugar que a mãe representa para os momentos iniciais de uma criança é do amor primeiro é porque é um amor “que melhor pode nos ensinar a amar” (ZALCBERG, 2007, p. 37).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *feminização* da aids é um fenômeno no Brasil com perspectivas nefastas, pelos próprios dados do Ministério da Saúde em seu último boletim epidemiológico (2012), onde se observa que as faixas de idade de 13 a 19 anos há maior incidência de casos em mulheres, ou seja, as brasileiras estão iniciando sua vida sexual já tendo que viver com o vírus em suas vidas.

Este trabalho teve como hipótese que as mulheres descobrirem-se portadoras do vírus HIV resultaria em consequências subjetivas, pelos tabus associados a essa doença, a morte e sexualidade, apresentando enquanto estudo de caso, Larissa, 31 anos, paciente do ambulatório do SAE/HUJBB.

Larissa chegou ao SAE ainda sobre o impacto traumático do resultado positivo para o HIV. Havia indicações que poderia estar infectada há, pelo menos, quatro anos, mas o medo foi maior, e só realizou exame quando o corpo adoeceu de uma doença oportunista, caracterizando-se, em seu caso o diagnóstico tardio do HIV. Para Larissa ter aids significava discriminação, rejeição e, abandono, tanto do companheiro como dos pais. Situações difíceis para Larissa que ao falar da descoberta do HIV, das perdas corporais e, possibilidade de perda de amor, a colocou diante de um sentimento de desamparo, que parecia quase insuportável.

Em seu atendimento psicoterápico foi relatando suas dores em relação às mudanças em sua vida: mudou de casa, paralisou seus estudos e trabalho, separou-se do parceiro, passou a sofrer limitações corporais, que remetiam a uma Larissa desprotegida, sozinha e com muito medo. Ao longo do processo foi trazendo outras dores e ressentimentos, ligados aos conflitos com a mãe, realçou sua queixa dela nada ter lhe dito sobre o sexual, o que “aprendeu na rua”. A viva lembrança do dia de sua primeira menstruação conferiu um marco de trauma e mágoa em sua feminilidade.

Larissa expressou seu grande sofrimento com relação aos desmandos com seu corpo, com os castigos infringidos pelo pai e, a omissão de sua mãe em contribuir com seu acesso à feminilidade e, em protegê-la do pai agressor. O início da vida sexual precoce, aos 13 anos, engravidando aos 14 anos, foi vivido como uma espécie de desafio aos pais. Já que em sua casa não conseguia encontrar amparo para reconhecer-se, buscar uma identidade, nessa etapa de transição de menina para mulher, parece ter sido uma forma de afrontar os pais, apontando suas próprias dificuldades de lidar com o sexual.

Esta situação da precocidade da vida sexual, o desconhecimento do corpo e gravidez na adolescência, está em consonância as observações clínicas realizadas com outras pacientes vivendo com aids, que relatam essa mesma dificuldade na transição para a adolescência. Observa-se, com Larissa, que a sexualidade das meninas não é falada na família, não há, portanto educação sexual. Os pais de Larissa parecem ter cercado de pudor, vergonha e o silêncio, quando não de violência, qualquer referência ao sexual. Aqui pode haver indicações úteis para as questões atuais da aids que apontam para os crescentes casos de mulheres se infectando na adolescência.

O que o caso de Larissa evidenciou foram relacionamentos amorosos com parceiros em conflito com a lei, que parecem colocá-la sempre à mercê de situações de perigo. Também chegou a referir que foram relacionamentos frágeis, que não “passavam dos cinco anos”, só da condição de “namorados”. Parece haver uma repetição nas relações amorosas com o que

trouxe da figura paterna, que conversava mas, a seguir, espancava. Do mesmo modo, apesar de gostar desses parceiros, teme sua agressão e, um deles fez “ a maldade de passar a aids”.

O ideal de amor de Larissa junto a esses parceiros aponta para aspectos de um amor romântico, em que esperava encontrar no parceiro confiança e, se sentir protegida. Penso que este foi um fator relevante em não fazer o teste para o HIV com maior antecedência, acreditando no parceiro que negava ser portador. Se escutasse seus pais e sua sogra, que a alertavam da possibilidade do HIV, teria que tomar alguma decisão diante do parceiro. Larissa não queria terminar o relacionamento mesmo quando descobriu que o parceiro a contaminou, chegando às ultimas consequências ao ameaçá-lo dar queixa dele para a polícia se ele a abandona-se. Com Larissa pode-se aprender algo muito importante sobre o sentimento de desamparo que conduz ao masoquismo, como enuncia a teoria psicanalítica. Larissa chegou ao extremo do masoquismo: preferia viver com o homem que a contaminou, mesmo avaliando que foi um ato de ‘maldade’ dele, do que separar-se e procurar uma condição de vida que permitisse sobreviver à aids.

Larissa falou do que não era falado em família, e do incomodo nas gerações entre mulheres: a mãe, ela mesma, e suas filhas. Falar do gostar de sexo e que todos gostam. Das hipocrisias e moralismos que só escondem desejos mal resolvidos, não expressos. Mas é preciso falar, não calar e só assim se cuida, se protege. Para ela, os atendimentos possibilitaram um tempo para realizar uma transição que havia sido traumática, passar da adolescência para ser mulher, com possibilidade de enfrentar suas próprias angústias sozinha, abrindo caminho para outros destinos pulsionais, encontrando recursos internos para defrontar-se com seu desamparo.

A aids me pareceu que para Larissa foi como mais um “espancamento”, porém desse sofrimento pode falar e abriu outras feridas que precisavam de cuidadas . Ao se dizer mulher, por estar mais preparada, pode apontar para novas possibilidades de não se deixar agredir mais, de saber também se proteger mais, uma mulher que pode ser amada e cuidada.

REFERÊNCIAS:

ALONSO, Sílvia. **O tempo, a escuta e o feminino**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ALONSO, Sílvia. **O trabalho da figurabilidade na escuta psicanalítica**. In: O tempo, a escuta e o feminino. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BERLINCK, Manoel. **Considerações sobre a elaboração de projeto de pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível no site www.uff.br. Acesso em 21/01/2012.

BERLINCK, Manoel. **Psicanálise da clínica cotidiana**. São Paulo: Escuta, 1988.

BIRMAN, Joel. **Se eu te amo, cuide-se. Sobre a feminilidade, a mulher e o erotismo nos anos 80**. In: Histeria. Berlinck, Manoel (org.). São Paulo: Editora Escuta, 1997.

BIRMAN, Joel. **A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano**. Rio de Janeiro: Revista Saúde Coletiva, 1999.

BIRMAN, Joel. **As pulsões e seus destinos – do corporal ao psíquico**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BRITO, Ana et al. **Aids e HIV: infection in Brazil: a multifaceted epidemic**. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina, 2000

CECCARELLI, Paulo. **Sexualidade e preconceito**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol.III, 2000. Disponível no site: www.fundamentalpsychopathology.org. Acesso em 02/08/11.

CECCARELLI, Paulo e SALLES, Ana Cristina. **A invenção da sexualidade**. Reverso Revista Psicanalítica de Minas Gerais, ano XXXII, 2010

CEDARO, José Juliano. **A ferida na alma: Os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2005.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS DO PARÁ – **Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids – DST do Estado do Pará 2010.**

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS DO PARÁ – **Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST's do Estado do Pará**

COSTA, Jurandir. **As práticas amorosas na contemporaneidade**. Revista de Psicanálise, ano III, nº 3. Disponível no site <http://psicoclinic.dominiotemporario.com>. Acesso em 12/02/2013

DIAS, Eliane. **Amor des-medido: a sexualidade feminina entre o gozo e o desejo**. Psicologia Hospitalar (São Paulo), São Paulo, v.5, n. 1,2007. Disponível no site: www.pepsic.bvs.org.br. Acesso em 20/01/2013.

FERREIRA, Cláudio. **Aids e exclusão social: Uma estudo clinico com pacientes com o HIV**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FERENCZI, Sándor (1932). **Obras completas psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio & COELHO JÚNIOR, Nelson. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000.

FREUD, Sigmund. (1893). **Comunicação preliminar**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

_____. (1897) Carta 69. In: _____. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 309-311. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

_____. (1897) Carta 70. In: _____. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 314-317. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I

_____. (1897) Carta 71. In: _____. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 314-317. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I

FREUD, Sigmund (1905). **Três ensaios para uma teoria da sexualidade**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. VII.

_____. (1908). **Moral civilizada e doença nervosa**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. IX.

_____. (1910). **Cinco lições de psicanálise**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XI

_____. (1912a). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____. (1912b). **A dinâmica da transferência**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XII.

_____ (1913a). **Sobre o início do tratamento - novas recomendações sobre a técnica da psicanálise**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____ (1913b). **Totem e tabu**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIII.

_____ (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: HANNS, Luiz Alberto. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v. 1.

_____ (1915). Pulsões e destinos da pulsão. In: HANNS, Luiz Alberto. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v.1.

_____ (1916-1917). **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVI.

_____ (1917). Luto e melancolia. In: HANNS, Luiz Alberto. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v.2.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. In: HANNS, Luiz Alberto. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v.2.

_____ (1923). **A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. XIX

_____ (1924a). O problema econômico do masoquismo. In: HANNS, Luiz Alberto. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2007, v. 3.

_____ (1924b). **A dissolução do complexo de Édipo**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. XIX.

_____ (1925). **Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. XIX.

_____ (1926). **Inibições, sintomas e ansiedade**. Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. XX

_____ (1930). **O mal-estar na civilização**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996, v. XXI

_____ (1931). **Sexualidade feminina**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXI.

_____ (1932a). **Ansiedade e vida instintual**. Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXII

_____(1932b). **Feminilidade**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXII.

FUKS, Lúcia. **Narcisismo e vínculos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

FULGÊNCIO, Leopoldo. **A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 4, 2002.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino**. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 2008.

KEHL, Maria Rita. **Freud e os mistérios da masculinidade**. Artigos e ensaios, 2009. Disponível no site: www.mariaritakehl.psc.br. Acesso em 30/07/11.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

GIACOMOZZI, Andrea e CAMARGO, Brígido. **Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS**. São Paulo: Revista Psicologia Teoria e Prática, v. 6 n. 1, 2004.

GRUNBERGER, Béla. Referências para o estudo do narcisismo na sexualidade feminina. In: CHASSEGUET-SMIRGEL, Janine et al. **Sexualidade Feminina – uma abordagem psicanalítica contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

GOVERNO DO PARÁ. Portal do Governo. Disponível no site: www.pa.gov.br/OPará/historia.asp. Acesso em 31/01/2013.

GUIMARÃES, Carmem Dora. **Mais merece! O estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres**. Revista Estudos Feministas, nº 2/96. 2008.

HADDAD, Gisela. **Amor e fidelidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

HERZOG, Regina. **Relações amorosas e encontro impossível**. Palestra de Regina Herzog no programa Café Filosófico cpfl, gravada em 29/07/2009, em São Paulo. Disponível no site www.cpflcultura.com.br

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Dossiê Mulheres e HIV/aids: elementos para construção de direitos e qualidade de vida**. 2003. Disponível no site: www.agenciapatriciagalvão.org.br. Acesso em 15/01/2011.

JORDÃO, Alexandre. **Narcisismo – do ressentimento à certeza de si**. Curitiba: Juruá, 2009.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. **Compêndio de psiquiatria: Ciências comportamentais – psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KRISTEVA, Julia. **Sol negro: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

LAPLANCHE E PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LINDENMEYER, Cristina. **O paradoxo do diagnóstico precoce de câncer**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, IX, n.3, 484-495,2006. Disponível no site: www.fundamentalpsychopathology.org. Acesso em 20/01/2012.

LOYOLA, Maria Andréa. **Percepção e prevenção da aids no Rio de Janeiro**. In: _____(Org.).Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1994.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce e FREITAS, Daniel. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável**. Revista Saúde Pública, 2008, v.48

MARCOS, Cristina, KIRILLOS NETO, Fuad e MOREIRA, Jaqueline. **A pesquisa em psicanálise e a linha de pesquisa processos psicossociais do programa de pós-graduação de stricto sensu de psicologia da PUC-MG**. Minas Gerais: Editora EDUEMG , 2010, p. 99 à 110;

MCDUGALL, Joyce. **As múltiplas faces de Eros**. Uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MIGUELEZ, Nora. **Complexo de Édipo** – Novas psicopatologias, novas mulheres, novos homens. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **O que é aids?** Disponível no site www.aids.org.br. Acesso em 28/07/11.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Disponível no site www.aids.org.br . Acesso em 30/05/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Aids e DST 2011 – Versão Preliminar**. Disponível no site www.aids.org.br. Acesso em 15/01/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras doenças DST**. Disponível no site: www.aids.org.br. Acesso em 27/07/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **A Declaração de Washington para acabar com a epidemia**. Acesso 25/05/2013.

MOREIRA, Ana Cleide. **As delicadezas do Eu**. Trabalho apresentado na aula inaugural do Circulo Psicanalítico de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011

MOREIRA, Ana Cleide. **Clinica da melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.

MORETTO, Maria Lívia. **O que pode um analista no hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NASIO, Juan-David. **A dor de amar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007. p.31.

NUNES, Silvia Alexim. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: Um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

PAIVA, Vera. **Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo**. Caderno de Saúde Pública, 2002, vol.18. Disponível no site: www.scielo.br. Acesso em 27/08/2011.

PARÁ HISTÓRICO MITOS E LENDAS. Disponível no site: www.parahistorico.blogspot.com.br. Acesso em 31/01/2013.

PINTO, Célia. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PIRES, Valéria. **Lilith e Eva: Imagens arquetípicas da mulher na atualidade**. São Paulo: Summus, 2008.

POLISTCHUCK, Lígia. **Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres**. Dissertação de mestrado USP, 2010. Disponível no site: www.teses.usp.br. Acesso em 21/05/2012.

PORTUGAL, Maria Amélia. **Preservativos masculino e feminino: velhas e novas negociações**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

ROUDINESCO, E. e PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

ROUGEMONT, Dennis. **O amor e o ocidente**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988

SANTOS, Naila J.S. et al. **Contexto de vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras**. Caderno de Saúde Pública, 2009, vol.25. Disponível no site www.scielo.br. Acesso em 28/07/2010.

SILVA, Cristiane. **O significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da aids entre homens casados**. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2002, n. 36.

UNAIDS REPORT EPIDEMIC UPDATE 2012. Disponível no site: www.unaids.org. Acesso em 20/01/2013.

PEREIRA, Eduardo. Prefácio. In: HADDAD, Gisela. **Amor e fidelidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

RINALDI, Doris. **Psicanálise e saúde mental: a pesquisa na universidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/UERJ, 2002.

STRACHEY, James. Nota do editor. In: FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1996.

VORCARO, Ângela. **Psicanálise e o método científico: o lugar do caso clínico.** In: Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade Editora. KIRILLOS NETO, Fuad e MOREIRA, Jaqueline (Organizadores). Minas Gerais: Editora EDUEMG , 2010, p. 9-23;

YALOM, Marilyn. **A história da esposa – da virgem Maria a Madonna o papel da mulher casada dos tempos bíblicos até hoje.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

ZALCBERG, Malvine. **Amor paixão feminina.** Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA**, responsável pela orientação da dissertação de mestrado da aluna Jucélia Pereira Flexa, o qual pertence ao curso de Pós-Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará, venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados para o trabalho intitulado “AS CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO NA SEXUALIDADE DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE”. Bem como, manter sob sigilo a identificação dos sujeitos, cujas informações terei acesso, respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução n 196/96, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA

Belém, 02 de dezembro de 2010

Ciência orientando:

JUCÉLIA PEREIRA FLEXA

APÊNDICE B:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar do projeto de pesquisa: “As Consequências do Diagnóstico na Sexualidade de Mulheres que Vivem com HIV/aids: Contribuições da Psicanálise”. Após ser esclarecida, receber informações e aceitar fazer parte estudo, solicito que assine este documento em duas vias, uma via será sua e a outra da pesquisadora, ressaltando que você tem todo direito a não querer participar deste estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar os impactos na sexualidade de mulheres adultas a partir do diagnóstico positivo para o vírus HIV. Você não terá o seu nome revelado e me comprometo para que todos os dados fornecidos para esta pesquisa, sejam trabalhados de forma a proteger a sua identidade, assegurando que não sofrerá qualquer tipo de discriminação e/ou ocorrerá algum tipo de risco em decorrência da mesma. Lhe será garantido liberdade de deixar de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo a si mesmo, em qualquer tempo. A pesquisa será realizada com recursos da própria pesquisadora. Observando que você não terá despesas pessoais ou receberá qualquer forma de pagamento por sua participação nesta pesquisa. Ao final da pesquisa você poderá receber a devolutiva sobre os dados coletados e a qualquer momento, durante a realização da mesma, poderá ter acesso ao profissional responsável para esclarecer dúvidas ou obter maiores informações, inclusive sobre os seus dados coletados. Os dados fornecidos por você durante a pesquisa serão utilizados pelo pesquisador apenas na elaboração deste trabalho monográfico, relatório e artigo científico decorrente deste.

Esclareço que seu consentimento para participar desta pesquisa é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma e dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, discuti com a psicóloga Jucélia Pereira Flexa, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e

poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento

Belém, _____/_____/_____

Participante da Pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente.

Psicóloga Jucélia Pereira Flexa - Pesquisadora

ANEXO