



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

Arina Marques Lebrego

**ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO
HIV/AIDS COM USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO**

Belém

2008



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

Arina Marques Lebrego

**ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO
HIV/AIDS COM USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em
Psicologia

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira

Belém

2008



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

Arina Marques Lebreço

**ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO
HIV/AIDS COM USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pela
Universidade Federal do Pará.

Defesa: Belém, PA 12/09/2008.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ana Cleide Guedes Moreira (UFPA) – Orientadora

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli (PUC/MG) – Membro

Prof^a. Dr^a. Roseane Nicolau Freitas (UFPA) – Membro

Prof^a. Dr^a. Flávia Cristina Silveira Lemos (UFPA) – Suplente

Belém

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Lebrego, Arina Marques

Estudo psicanalítico sobre a feminização da epidemia do HIV/Aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto / Arina Marques Lebrego; orientadora, Ana Cleide Guedes Moreira. - Belém, 2008

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2008.

1. AIDS (Doenças) em mulheres - Estudo de casos. 2. Mulheres - Sexualidade. 3. Transferência (Psicologia). 4. Contratransferência (Psicologia)
I. Título.

CDD - 22. ed. 616.951

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora *Ana Cleide Guedes Moreira* implacável na luta, pesquisa e combate à aids, que me acompanhou com ternura neste desafio que é pesquisar a feminização de uma epidemia que mata e afeta a alma.

À *equipe multidisciplinar do HUIBB*, pelo diálogo constante.

A *Airle Miranda de Souza*, que foi minha orientadora durante minhas atividades de pesquisa por cinco anos na graduação, vinculadas ao PIBIC/CNPq.

Aos professores *Manoel Tosta Berlinck* e *Ernani Chaves*, por suas valiosas contribuições em meu exame de qualificação.

A *Junia de Villhena* e *Ana Cristina Figueiredo*, por suas valiosas sugestões na consultoria do projeto que resultou nesta dissertação.

A *Filomena Dias*, minha supervisora clínica, que me acompanha com sua escuta atenta.

Aos pesquisadores do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental: *Alex Miranda*, *Elizabeth Levy*, *Ângela Coutinho*, *Cassandra Pamplona*, *Helena Dias*, *Claudia Xerfan*, *Tiana Benchaya*, que por meio de nossas proveitosas e prazerosas discussões contribuíram com este trabalho.

A *Suely Povoá*, por escutar o que eu, enquanto mulher, tenho a dizer.

A *Paulo Roberto Ceccarelli* e *Roseane Nicolau Freitas*, por aceitarem compor a banca de avaliação desta dissertação.

Aos colegas e amigos interlocutores, que ao longo desses dois anos foram me escutando e sugerindo leituras: *Celina Monteiro*, *Mary Biaçam*.

Ao *Ney*, indispensável em nossa secretaria do mestrado, que com seu entusiasmo e bom humor transforma a burocracia em risos.

À *CAPES* e à *FAPESPA*, por financiarem esta pesquisa.

E às *mulheres* que aceitaram ter a experiência que vivemos juntas durante o atendimento psicoterápico revelada.

“Não há necessidade de se proibir algo que ninguém deseja fazer e uma coisa que é proibida com a maior ênfase deve ser algo que é desejado”.

Sigmund Freud

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo investigar os processos de subjetivação de mulheres sem parceiro fixo à exposição ao vírus HIV/ Aids para identificar fatores sobredeterminantes de vulnerabilidade. Utilizamos como método o estudo de caso, visando uma análise em profundidade, que permitisse identificar um maior número de determinantes subjetivos relacionados com a problemática considerada. O estudo apresenta fragmentos de casos clínicos de mulheres vivendo com Aids, internadas nas enfermarias do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), no Estado do Pará, Brasil. A partir da análise da transferência e da contratransferência, apontamos como resultado o que cada caso em sua singularidade, desvela a partir do encontro terapêutico: No caso Clínico I, encontramos que a paciente, a qual chamamos Dinah, apresentava um modo de subjetivação psicopatológico masoquista feminino, que faz com que ela demonstre certa satisfação quando se expõe ao sofrimento, se posicionando como vítima em seus relacionamentos afetivos e sexuais, sobredeterminados pela identificação imaginária com ideais culturais sobre o ser mulher, concebendo imagens de homens e mulheres, e, portanto, suas e de seu parceiro, como pares antitéticos de força/fraqueza, atividade/passividade, poder/submissão. Esse ideal de eu composto de mulher virgem e de um homem só, levou Dinah a negar seus temores de contaminação, aceitar passivamente relações desprotegidas, atribuindo à iniciativa sexual a seu parceiro e, tornando-se vulnerável a infecção pelo HIV. No caso Clínico II, Alice, submetida a um modo de subjetivação melancólico, auto-destrutivo, se posicionava nas relações afetivas e sexuais procurando incessantemente sua auto-destruição pela própria vulnerabilidade inconsciente à contaminação pelo HIV. Tendo contraído o vírus e contaminado seu marido e, demais parceiros, mesmo após saber de seu diagnóstico, Alice permanecia aprisionada em um silêncio mortífero, impedindo-se de cuidar de sua saúde e procurar atendimento médico contínuo, tornando-se vulnerável à reinfeção. O Caso III, Ana Laura, é de uma mulher que sofreu inúmeras violências desde a infância, como abuso sexual infantil, exploração do trabalho doméstico e, abandono pelos pais. Após ter tido seu primeiro filho, este lhe foi retirado sem seu consentimento, pela tia materna que o deu a terceiros, razão alegada por Ana Laura, para prostituir-se no cais do porto da cidade de Belém, onde trabalhou até bem pouco tempo antes de sua internação. Lá onde a negociação por sexo mais caro sem preservativo era prática comum, Ana Laura negociou sua vida, vendendo sexo sem preservativo, assim se infectando. O desamparo e as violências sofridas por esta paciente são, portanto, sobredeterminantes de sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Como conclusões, destacamos que as mulheres atendidas sem parceiro fixo, não apresentaram maior facilidade para se protegerem, estando em desacordo com os estudos que apontam que estas mulheres negociam o preservativo com maior liberdade e estão menos vulneráveis, demonstrando a importância de estudos que abordem os aspectos psíquicos, sociais, políticos e culturais, de maneira a desvelar os modos de produção de subjetividade dos sujeitos em sua singularidade, para além da mensuração de dados, a fim de estabelecer estratégias de prevenção em saúde mais eficazes.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids, Feminização da Epidemia, Psicanálise, *Páthos*, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the processes of subjectivation of women having no steady partners and their exposition to HIV/AIDS in order to identify overdetermination factors of vulnerability. As method, we used a case study, aiming at a in-depth analysis which allowed the identification of a greater number of subjective determinants related to the problem considered. The study presents fragments of clinical cases of women living with AIDS, hospitalized in the wards of the *João de Barros Barreto* University Hospital (HUJBB) in the State of Pará, Brazil. Based on the analysis of transference and countertransference, we showed as results what each case, in its singularity, reveals from the therapeutic encounter. In clinical case I, we found that the patient, whom we called Dinah, had a female masochistic mode of psychopathological subjectivation, what caused her to show some satisfaction when exposed to suffering, and to position herself as a victim in her emotional and sexual relationships. Those relationships were overdetermined by a imaginary identification with cultural ideals about the woman human being, conceiving images of men and women, and therefore of herself and her partners, as antithetical pairs of strength/weakness, active/passive, power/submission. This ideal of composite person of a virgin woman and a man only, caused Dinah to deny her fears of contamination, and to passively accept unprotected sexual relations, leaving the sexual initiative to her partner, and, thereby, becoming vulnerable to HIV infection. In clinical case II, Alice, which has a melancholic, self-destructive mode of subjectivation, positioned herself in her emotional and sexual relationships by incessantly searching for her self-destruction through an unconscious vulnerability to HIV. Having contracted AIDS and infected her husband and other partners, even after knowing her diagnosis, Alice remained trapped in a deadly silence, and prevented herself from taking care of her health and seeking continuous medical care, making herself vulnerable to re-infection. In clinical Case III, Ana Laura, is a woman who has gone through violence several times since childhood, for instance, she underwent child sexual abuse, was exploited as a domestic worker, was abandoned by her parents. After having her first baby, the child was taken from her without her consent by a maternal aunt who gave her to others. Ana Laura used that as a reason to prostitute herself on quay of Belém Port, where she worked until she was hospitalized. That was where negotiation for more expensive unprotected sex was a common practice, and so Ana Laura negotiated her life, selling unprotected sex and ended up getting infected by HIV. The helplessness and the violence that this patient went through are therefore the overdetermination factors of her vulnerability to HIV infection. As conclusions, we highlight that the women looked after without steady partners, did not care to protect themselves, and are not in accordance with the studies showing that those women negotiate the use of condom more freely and are less vulnerable to HIV. This demonstrates the importance of studies addressing the psychic, social, political and cultural aspects, so as to reveal the modes of production of subjectivity of the subjects in their singularity, beyond data measurement, in order to establish strategies for more effective health prevention.

KEYWORDS: HIV/AIDS, Epidemic Feminization, Psychoanalysis, *Pathós*, vulnerability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS: O QUE DIZEM AS MULHERES?	20
1.1 Dinah: “Eu não pedia camisinha, pois podia ser confundida com uma prostituta”.....	20
1.2 Alice: “Casei sabendo que tinha o vírus, acho que contaminei meu marido”....	24
1.3 Ana Laura: “Ele não tinha ereção com camisinha, então me ofereceu uma grana preta e eu fiz sem preservativo: era meu trabalho”.....	28
1.4 Terceiro Leste: Que Lugar é este?	32
2. CENÁRIOS DA AIDS	37
2.1 As origens do vírus.....	37
2.2 O vírus e sua ação.....	40
2.3 Cenários da Aids no Brasil.....	41
2.4 A Aids no Pará.....	43
2.5 A vulnerabilidade feminina à infecção por HIV/Aids.....	45
2.6 Aids e sofrimento psíquico.....	51
3. OS ESTUDOS MULTI-INTER-TRANS-DISCIPLINARES, DE GÊNERO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS	56
3.1 Estudos com mulheres com e sem parceria fixa.....	60
3.2 Estudos com mulheres profissionais do sexo com e sem parceria fixa	71
3.3 Estudos com homens heterossexuais.....	73
4 A SEXUALIDADE FEMININA E A PSICANÁLISE	78
4.1 Os caminhos das diferenças sexuais.....	78
4.2 O feminino e a escolha de objeto.....	85
4.3 Destinos do feminino.....	87
4.4 O feminino e a moral sexual civilizada.....	91
4.5 Constituição subjetiva e o masoquismo.....	96
4.6 Mulheres e o mal-estar.....	99
4.7 Ceccarelli: a dimensão fantasmática da sexualidade	101
4.8 Questões teóricas do movimento feminista acerca do debate da sexualidade feminina.....	103
5. RESULTADOS: ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA	110

5.1 Dinah e a força de um ideal de eu: Casar virgem é ser vulnerável.....	110
5.2 O que deseja Alice? Efeitos de um segredo mortífero.....	116
5.3 Ana Laura no trapézio: vai pai, vem Aids.....	118
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	124

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de Mestrado foi fruto de reflexões que partiram da minha prática como psicoterapeuta, atuando nas enfermarias do Hospital Universitário João de Barros Barreto, referência na Região Norte no atendimento de pacientes portadores do HIV/Aids¹. Meu percurso como psicoterapeuta no campo clínico e institucional me incitou a investigar o que no campo saúde coletiva recebe a designação de *feminização da epidemia do HIV/Aids*, termo utilizado para designar o crescente aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, nos dias de hoje. Como psicoterapeuta que utiliza como referencial a Psicanálise, meu desejo era escutar o que essas mulheres tinham a dizer em sua singularidade, haja vista que ficava em mim a impressão de que, no hospital e nos Centros de Referência destinados ao atendimento destes sujeitos, o alvo de preocupações era a estatística, a epidemia, o vírus, a doença, e as mulheres ficavam silenciadas em seu sofrimento.

Meu interesse foi o de investigar, a partir da minha clínica com pacientes com Aids, o que as mulheres que compõem esse universo maior, intitulado *feminização da epidemia*, tinham a dizer sobre a disseminação do HIV, a partir de sua subjetividade, não com o intuito de fazer generalizações, pois partimos da clínica, do caso a caso, mas de dar voz a esses sujeitos que pareciam ter sua subjetividade diluídas em números, estatística e descrições de comportamento. Parece absurdo dizer que as pesquisas, estudo e o atendimento dos pacientes vivendo com Aids por parte dos profissionais e estudiosos do campo da saúde coletiva, ainda hoje denegam a escuta dessas mulheres, assim a partir das pesquisas por mim realizadas e de minha circulação neste campo, ficou-me a impressão de que, o que se tem colocado em primeiro plano nas pesquisas e intervenções com estes pacientes é a investigação acerca da reação dos sujeitos a medicação, da adesão ao tratamento, de quem contaminou quem, ou melhor, de quem é a culpa pela infecção, ficando em segundo plano o sujeito com sua sexualidade e seu sofrimento de viver com Aids em sua singularidade, o que me faz pensar que tal denegação denuncia o tabu que permeia o nosso cotidiano, quando o assunto é sexualidade. Portanto, foi este silêncio que desejei escutar e quem sabe dar voz quando formulei meu problema de pesquisa e empreendi a realização desse trabalho.

¹ Neste estudo o termo Aids esta em caixa baixa de acordo com as recomendações da Coordenação Nacional de DST e Aids. No Brasil, já se iniciou o processo de dicionarização do termo, em que a AIDS deixará de ser uma sigla e será grafada como um substantivo comum: Aids.

Desde o início da epidemia do HIV/Aids nos anos de 1980, a vigilância epidemiológica tem registrado o seu variável perfil que, entretanto, não cessa de crescer como uma pandemia. Hoje o quadro dramático de acelerado crescimento da chamada feminização da epidemia da Aids atesta a insuficiência dos diversos saberes e práticas que ao seu combate se dedicam e a vulnerabilidade de mulheres. Ou seja, apesar do amplo conhecimento que de há muito se tem das formas de prevenção da Aids, sejam o sexo seguro com preservativo, ou a troca de seringas na forma de redução de danos, as mulheres vêm se contaminando por meio de práticas heterossexuais, em primeiro lugar, e pelo uso de seringas injetáveis, a seguir. O aumento de transmissão sexual por contato heterossexual implica o crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil (MOREIRA, 2007).

De acordo com Barreto (2004), com a descoberta do HIV – vírus causador da falência do sistema imunológico do organismo humano – e da identificação dos canais específicos de transmissão (secreções sexuais, leite materno, sangue e hemoderivados), uma nova e abrangente ameaça de morte vinculou-se às práticas sexuais. Ao prazer de se fazer sexo, somou-se uma outra possibilidade, de contaminação e morte em larga escala.

Segundo Moreira (2007), após a introdução dos ‘coquetéis’ anti-retrovirais desde 1996 que, movido por milhões de dólares da indústria farmacêutica, rapidamente se espalhou pela mídia por todo o mundo ocidental, trazendo esperança para uma grande maioria e se tornando efetivamente um grande recurso contra o HIV e a Aids, chegou-se a pensar que a doença estaria agora sobre controle, crença infundada, pois a Aids não parou de crescer. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de Aids e DST (2007), foram diagnosticados e notificados de 1980 a junho de 2007, 474. 273 casos da doença no Brasil.

Moreira (2002) afirma que Aids veio interromper ou pelo menos obstruir uma revolução sexual que estava em curso, nos movimentos de libertação feminina, de libertação homoerótica, dos casais, da juventude, que desde a década de 1960 se manifestaram com maior vigor em direção a práticas eróticas menos hipócritas, repressivas e autoritárias.

Até meados de 1990, o fato de a Aids incluir a atividade sexual como a mais comum fonte de transmissão, a aura de doença *gay* que a envolveu no início e que produziu imagens fortemente carregadas de preconceito, sua associação ao uso de drogas

injetáveis por grupos marginalizados e a capacidade de realçar a culpabilidade do sujeito em relação à infecção, fizeram dela uma doença carregada de valor, flagelo contemporâneo, cuja potência destrutiva se realiza ao exterminar o que é considerado poluente, fazendo da pureza da alma, dos corpos, dos seres a imagem almejada (LABAKI, 2001).

Segundo Labaki (2001), o imaginário social da Aids ainda continua carregado de preconceitos. Inicialmente, falava-se na existência de “grupos de risco”, em que seus supostos componentes seriam “promíscuos ou doentes”, tornando a Aids uma “doença do outro”, podendo ser interpretada como vinda de fora e de longe, do outro e do estrangeiro, não se configurando imaginariamente enquanto um risco para os sujeitos a ela expostos. Essa negação influenciou a dimensão que tomou a epidemia, pois, em vez de prevenção, o que se fazia era segregação, como se os ditos grupos de risco não pudessem ter contato com os ditos grupos sem risco. Atualmente, o peso dessas crenças continuam a repercutir, embora as informações e a conscientização em relação ao tema estejam mais claras. Sexo continua sendo tabu na contemporaneidade e, psicologicamente, o peso de carregar um estigma de promíscuo é devastador, pois leva à confrontação com aspectos inconscientes da sexualidade, como a castração, a proibição, questões narcísicas que, se não forem elaboradas, poderão aprisionar o sujeito num sofrimento psíquico intenso.

A partir da década de 1990, o termo “grupo de risco” foi substituído pela expressão “comportamento de risco”, que se referia aos indivíduos que tinham comportamentos sexual dito “promíscuo” – ou seja, que tinham vários parceiros sexuais, e que não faziam uso freqüente do preservativo – termo que vem sendo alvo de debate, pois ainda não parece adequado para abordar os aspectos referentes à sexualidade, haja vista que ainda parece **segregador e culpabilizar** os sujeitos no exercício de sua sexualidade, porque suas práticas sexuais são julgadas “inadequadas” pela moral social repressiva, presente ainda nos dias de hoje. É notório que até bem pouco tempo a mídia, por meio de suas propagandas, ainda pregava a diminuição de parceiros aliados ao uso do preservativo como forma de prevenção à infecção pelo vírus HIV, o que parecia um retrocesso aos avanços e conquistas ocorridas na década de 1960. Neste sentido, penso que modelagem de comportamento, propaganda aterrorizante e bombardeio de informações, sem levar em conta a singularidade dos sujeitos pouco contribuem para a prevenção da infecção pelo vírus HIV/Aids.

A epidemia de Aids, inicialmente associada a comportamentos considerados transgressores, a partir da década de 1990, sofreu mudanças significativas em seu cenário, como: a *interiorização*, que é a tendência de ocorrência de casos em municípios de médio e pequeno porte; a *pauperização*, que é o aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade baixa e ocupações menos qualificadas; a *heterossexualização*, que se refere ao crescimento dos casos entre homens heterossexuais; e a *feminização*, que é o aumento do número de mulheres infectadas (SANTOS, 2002; LABAKI, 2001; GIACOMOZZI E CAMARGO, 2004; VERAS; PETRACCO, 2004; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS E DST BRASIL, 2007).

A feminização da epidemia é fato consumado. O decréscimo da razão masculino/ feminino de casos e de óbitos e o fato de a Aids figurar entre as principais causas de mortalidade nas mulheres em idade fértil demonstram, inequivocamente, a magnitude com que ela tem atingido a população feminina (AMARO, 1995; DALL'AGNOL, 1999; VERMELHO *et al.*, 1999; SANTOS, 2002; SILVA *et al.*, 2002; CARVALHO, 2003; VERAS E PETRACO, 2004; SELLI E CHECHIN, 2005).

O aumento do número de mulheres infectadas é bastante preocupante, visto que nem sempre os números oficiais revelam a realidade. Há um problema histórico de subnotificação de doenças infecto-contagiosas no Brasil, e, sobretudo, à medida que cresce o número de casos de Aids em mulheres, aumenta também o risco de nascerem bebês contaminados, é a chamada transmissão perinatal, colocando em risco o futuro da população (VERMELHO *et al.*, 1999; GIACOMOZZI E CAMARGO, 2004).

Na tentativa de contenção dessa trajetória feminina da Aids no Brasil, muitos esforços e recursos têm sido investidos em programas de informação, orientação e assistência, visando a instrumentalizar a população de mulheres no reconhecimento das noções de risco e prevenção. No entanto, como podemos observar com o contínuo crescimento da epidemia, um nível básico de conhecimento sobre a doença e seus meios de prevenção não resulta efetivamente, entre as mulheres, em uma capacidade de avaliação realista sobre suas possibilidades de risco, muito menos em adoção de cuidados de prevenção. (ANTUNES *et al.*, 2002; CARVALHO, 2003; BARRETO, 2004).

Ceccarelli (2001) também chama atenção para a ineficácia das campanhas do uso do preservativo e ressalta que para "falar de sexo", e isto em qualquer nível que se queira

abordar a questão, é necessário levar em conta a dimensão fantasmática da sexualidade; neste sentido, a informação objetiva pouco altera os aspectos afetivos do problema.

De acordo com Barreto (2004), a ignorância diante desta epidemia que sacudiu o mundo no final do século XX cedeu lugar ao aumento do conhecimento e à ampliação da difusão de informações necessárias à sua prevenção. Faixas cada vez maiores da população passaram a saber que o uso do preservativo é imprescindível para evitar não só a contaminação pelo HIV, mas também as demais doenças sexualmente transmissíveis. E, apesar da difusão da informação sobre os modos de se prevenir a Aids, observa-se uma inconsistência entre o grau de informação e certas condutas sexuais. Paradoxalmente, pessoas esclarecidas e sabedoras dos prováveis danos decorrentes da contaminação mantém relações sexuais desprotegidas. Ocorre que, apesar do aumento da informação sobre os modos de se prevenir, as condutas sexuais arriscadas persistem. O risco de contaminação das práticas sexuais não se coaduna com o nível de conhecimento das pessoas (BARRETO, 2004).

Nesse sentido, o uso do preservativo nas relações sexuais representa a introdução de limites reguladores à livre manifestação da sexualidade. A adoção do preservativo implica um certo controle sobre a realização do desejo sexual, com vistas à manutenção da saúde. Um controle que é freqüentemente sentido como uma restrição que diminui o prazer original do sexo sem preservativo. Por essa razão, na expressão popular, fazer sexo com preservativo é comparado a “chupar bala com papel” (BARRETO, 2004).

O “chupar” tal como fazem os bebês está contido no “chupar bala com papel”, como se diz popularmente, o que demonstra, de modo pretensamente humorístico, uma conduta regredida e reducionista na relação sexual entre dois adultos. Tal expressão popular nos faz pensar na desconsideração pelo outro humano que deveria ser considerado parceiro sexual e revela a face narcisista e hedonista dos que usam essa expressão. Resulta que devemos considerar a concepção popular narcisista e infantilizada?

Assim sendo, concordamos com Birman (1994) que para se falar de Aids é indispensável falar de sexualidade, e que a diferença de sexos, o desejo sexual e o corpo sexual são construções históricas e subjetivas, o que nos leva a criticar a noção de um corpo natural e defender a idéia de um corpo representado, composto de elementos políticos, sociais, lingüísticos e psíquicos, que constituem a erogeneidade deste.

Para tanto, lançamos mão da teoria psicanalítica que, além de estabelecer elementos de entendimentos da construção da sexualidade, é referência na cultura. Segundo Kehl

(2007), a Psicanálise foi, desde o início e durante todo o nosso século, o grande discurso recontextualizador da sexualidade humana. Partindo da idéias – ou da constatação – de que o trabalho psíquico se alimenta da energia sexual e, concomitantemente, a origem do desejo sexual é psíquica, Freud desnaturalizou o sexo e os processos de sexuação humanos. Mostrou que o desejo sexual se origina de nossa inclusão na cultura por meio da linguagem que nos separa do objeto de prazer primordial, e que o sexo biológico é insuficiente para determinar se nos identificamos como homens ou mulheres – identidade que se constitui a partir dos lugares que ocupamos no desejo de nossos pais e do modo como cada um se estrutura ao atravessar o complexo de Édipo. Mostrou também que a pulsão é diferente do instinto animal em sua mobilidade e sua indeterminação, capaz de variar em sua força, capaz de mudar de alvo, de objeto e direção conforme as vicissitudes do campo social que encontre pela frente para se satisfazer.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), sexualidade na experiência e na teoria psicanalíticas não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual.

Em face do exposto e diante da magnitude dessa epidemia e ao mesmo tempo do enigma que diz respeito à crescente contaminação por parte das mulheres, o presente trabalho teve como problema de pesquisa: *investigar os processos de subjetivação de mulheres sem parceiro fixo na exposição ao vírus HIV/aids, para identificar fatores sobredeterminantes de vulnerabilidade.*

Como forma de delimitar com maior precisão a hipótese de pesquisa aqui enunciada, vale conceituar o que chamamos de subjetividade.

Figueiredo (1997) entende *subjetividade* como “morada ou campo de experiências”, definindo, conseqüentemente, os *processo ou modos de subjetivação* como processos de constituição dos campos e modos de experiência humana.

Para Mezan (2002), a idéia de subjetividade pode ser compreendida pelo menos de duas maneiras distintas: *como experiência de si* e *como condensação de uma série de determinações*. No primeiro caso, caberia uma descrição das variedades e dimensões dessa experiência, tomando como alvo o sujeito, foco e origem dela. A Psicanálise poderia acrescentar que nem a origem nem o foco são absolutos, haja vista que o

próprio sujeito contém uma dimensão inconsciente que inevitavelmente virá co-determinar a natureza, a qualidade e a amplitude da experiência que ele tem de si, ou seja, a palavra experiência evoca algo próximo da consciência. Seria difícil imaginar uma experiência que se desse por completo no registro do inconsciente, pois toda experiência envolve um aspecto emocional, e não existem emoções inconscientes. Neste sentido, “ter uma experiência” significa ser afetado por alguma coisa, pessoa ou situação, e “ser afetado” se traduz por alguma vivência perceptível para quem a atravessa. Assim, percebê-la ou ter consciência dela não implica absolutamente que o sujeito esteja imune às facetas do inconsciente. Neste sentido, a Psicanálise não pode deixar de afirmar que o sujeito possui também um inconsciente, o qual co-determina, por vezes de modo bastante intenso, co-determinando também suas experiências.

Quanto ao segundo sentido indicado por Mezan (2002), a direção de leitura não é mais do eu para o mundo, mas do mundo para o eu. Dessa forma, o termo subjetividade, enquanto “condensação de uma série de determinações”, refere-se aos interesses pelos fatores de natureza extra-individuais, como os biológicos, psíquicos, sociais, culturais, etc. que, combinados, engendram uma modalidade específica de organização subjetiva, um molde para as experiências individuais. Isso significa dizer que a subjetividade é resultado de processos que começam antes dela e vão além dela. Por isso, pode-se concebê-la como condensação ou sedimentação, num dado indivíduo, de determinações que se situam aquém ou além da experiência de si, e que de algum modo a conformam, ou pelo menos lhe designam certos limites.

Visando a alcançar o objetivo proposto, optei por utilizar como método o estudo de caso, que tem sido o modo de investigação no campo psicanalítico desde sua constituição como área de saber por Freud (1895), o que significa que é no curso de um tratamento que se configuram, ao mesmo tempo, a intervenção terapêutica e a pesquisa. Neste sentido, utilizando o estudo de caso, buscou-se garantir que a análise tenha maior profundidade, na medida em que se pode identificar um maior número de determinantes relacionados com a problemática considerada (MOREIRA, 2007).

Para Ceccarelli (2001a), diferentemente de outras áreas do conhecimento, o objeto de pesquisa em psicanálise, a hipótese a ser verificada, não é algo que poderá ser trabalhado por meio de uma observação direta. O que marca a diferença em uma pesquisa psicanalítica é o objeto de pesquisa. E, para a psicanálise, o objeto de pesquisa são as manifestações do inconsciente. E o que é invocado é a noção de "realidade psíquica", dimensão nova que, em certa medida, equivale à realidade do mundo material

no sentido de que os fenômenos neuróticos existem devido à sua eficácia. Do ponto de vista da psicanálise, a realidade psíquica, ou o *subjetivo*, é o seu objeto de pesquisa, tendo o mesmo valor do objeto de pesquisa das outras ciências.

Para a apresentação deste trabalho, desenvolvi o seguinte percurso: No primeiro capítulo, intitulado *A Clínica e a Feminização da epidemia do HIV/Aids: o que dizem as mulheres?* Seguindo a perspectiva teórico-clínica, apresento três fragmentos de Casos Clínicos de mulheres doentes de Aids que estiveram internadas nas enfermarias da Divisão de Doenças Infecto-parasitárias do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), visando a, por meio de minha experiência clínica, me aproximar do problema de pesquisa que propus investigar, buscando aprofundar a análise dos fatores subjetivos que têm sido apontados na literatura como associados à feminização da epidemia e presentes, ou não, na clínica destes casos. Apresento também o espaço de realização da pesquisa, desenvolvendo algumas considerações acerca da clínica e da pesquisa no âmbito hospitalar.

No segundo capítulo, denominado: *Cenários da Aids*, apresento um breve histórico da origem do vírus, seus mecanismos de ação, dados epidemiológicos quanto à prevalência no cenário brasileiro, utilizando-me dos autores de referência da área.

No terceiro capítulo, *Estudos Multi-inter-trans-disciplinares, de gênero e a feminização da epidemia*, abordo as pesquisas desenvolvidas pelo campo da saúde coletiva, antropologia, sociologia e epidemiologia, no que se refere ao crescente número de mulheres infectadas pelo vírus da Aids, visando a um diálogo com os achados destes estudos, numa tentativa de formular interrogações e possíveis respostas.

No quarto capítulo, denominado *A sexualidade feminina e a Psicanálise*, apresento a leitura de Freud do feminino e seus comentadores – Ceccarelli, Birman – que tratam do tema na contemporaneidade.

No quinto capítulo, apresento os resultados desta investigação por meio da análise teórico-clínica dos casos apresentados no primeiro capítulo. E, por fim, trago minhas conclusões acerca da experiência de encontro com a minha hipótese de pesquisa e os seus ecos em meu trabalho clínico e de pesquisadora.

CAPITULO 1

1 FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS: O QUE DIZEM AS MULHERES?¹

1.1 DINAH: “Eu não pedia camisinha, pois podia ser confundida com uma prostituta”.

Dinah era uma paciente de quarenta anos, mas aparentava bem menos, de olhar vivo, magra, com o corpo inchado. Doente de Aids e de um câncer que havia se espalhado pelo seu corpo, estava internada há quatro meses.

Ao chegar à enfermaria onde Dinah se encontrava, coloquei minha disponibilidade em atendê-la e juntas demos início ao seu processo psicoterapêutico. A enfermaria em que ela estava era um espaço que dividia com outra mulher que ficava no leito ao lado, também doente de Aids, dado que considero importante, pois, em alguns casos, como este, já que a paciente não pôde se locomover até o consultório de psicologia, devido à gravidade de seu quadro de saúde, seu atendimento foi realizado ali mesmo no leito. Percebi que Dinah, em seus atendimentos se posicionava de maneira que não pudesse ser fitada por sua companheira de enfermaria, e, no decorrer desses atendimentos, repetidas vezes baixava o seu tom de voz, principalmente quando se referia a algum aspecto de sua sexualidade e quando falava da Aids. Com esse recorte, quero trazer que na enfermaria os acordes são outros, a intimidade não fica tão preservada e a escuta e sintonia exigem atenção equi-flutuante do psicoterapeuta, não apenas àquele que fala à sua frente, mas a todo o movimento que permeia a enfermaria, o hospital e a circulação que há nele. As interrupções freqüentes da paciente, são tentativas muitas vezes, de manter em reserva conteúdos e segredos tão bem “guardados”, que correm risco de ser ouvidos por vizinhos de leito ou profissionais de saúde presentes no local. Então assim se deu o atendimento, neste *setting*, paciente deitada no leito, murmúrios na enfermaria, enfim, foi aí que Dinah começou a falar.

¹ Vale destacar que os nomes das mulheres atendidas são fictícios e estas assinaram o *Termo de Consentimento Livre Esclarecido*, exigido pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a resolução 196/96.

Dinah inicia seu relato falando de sua dificuldade de respirar, das intensas dores que estava sentindo na região do abdômen, de sua dificuldade de locomover-se de dormir. Eis suas palavras:

Tenho tido falta de ar sempre, por isso estou falando assim, às vezes tenho que parar para recuperar o fôlego, me falta o ar, sabe, às vezes fica difícil falar. É difícil até eu me mexer, e, para dormir, fico sempre nesta posição paralisada, imóvel, é difícil até descansar assim, é muita dor, descansar é dolorido.

Pensei neste momento em indagá-la, em saber mais sobre esta paralisia, imobilidade e dor, mas antes de falar qualquer coisa, Dinah, gemendo, com muitos ais de dor, me fita os olhos com a testa franzida, segurando-se na cama com força, parecia solicitar-me uma outra escuta. Fiquei a escutá-la nestes gemidos e acompanhá-la com os olhos. Após alguns minutos em um silêncio doloroso e ofegante, Dinah continua sua fala: “Essa dor não me deixa descansar, mas recebo muito apoio da minha família, minha família toda sabe que eu estou com isto”. Isto? Isto o quê? Pergunto a ela, e esta me diz:

Tenho Aids, a minha família sempre soube e me acompanhou desde o meu medo de estar com essa doença, desde minhas suspeitas, até quando fui fazer o exame e recebi o diagnóstico positivo. Isso foi há mais ou menos dois anos e meio, desde então sinto uma dor terrível.

Solicito a Dinah que me fale mais dessa dor que não lhe deixava descansar e que ela dizia ser algo terrível.

É aqui (fala tocando o peito), prende tudo, sinto um entalo, sabe? É o ar, que nem entra, nem sai.

Já passei muito mal aqui, vou para a máscara (oxigênio) de vez em quando, pois sinto falta de ar, fico presa e é difícil respirar. Quando vou para a máscara, não sei, fico meio sem saber o que pensar e aí fico olhando para aquela fumaça que sai de dentro dela, não posso me mexer, abrir os olhos, arde, é assim que me sinto, uma *velha*...Essa doença... Acaba com a gente toda!

Peço a ela que me fale mais de como é ficar presa, e de seu entalo e esta assim me responde:

Eu tenho a impressão que não vou tornar a respirar quando vou para a máscara, fico com medo, mas aí eu penso: tenho que lutar, já lutei tanto, não vou desistir. Além da dor, da máscara, tem o medo, né?...de não sair daqui, por isso que depois que soube o que tinha, só me cuidei, não mantive mais relações sexuais, pois a médica já disse que eu poderia me contaminar de novo.

Quando indagada sobre por que associava o não manter relações sexuais com a contaminação, Dinah rememora como contraiu o vírus: “Depois que me separei fui morar em outro estado, lá tive um ficante e me contaminei”.

Ele (parceiro que a contaminou) parecia um homem sério e honesto, trabalhador, nunca pensei que ele poderia ter Aids, nunca pensei que poderia pegar Aids. Hoje em dia estou aqui doente, ele está solto por aí contaminando outras pessoas, soube que ele continua mantendo relações sexuais com mulheres sem camisinhas. Algumas delas colocaram ele na justiça. Eu posso colocar ele na justiça também? É, posso, mas não iria adiantar, eu não ia ficar boa dessa doença. Tenho que me cuidar primeiro, se eu soubesse teria pedido camisinha, mas isso não passava pela minha cabeça, e não foi assim que fui criada, no meu tempo não era tão liberal o sexo. Quando ele transou comigo, ele já sabia que tinha Aids, me contaram depois, fiquei sabendo que ele contaminou outras antes e depois de mim, mas eu já perdoei, a ele e a mim, a mim por não ter pensado que isso pode acontecer com qualquer um, a ele por enquanto não quero pensar, quero continuar lutando.

Na fala referida, a paciente parecia também expressar seus intensos sentimentos de culpa, lamentando ter se exposto à contaminação e não tendo negociado o preservativo, também expressa sua ambivalência afetiva para com o parceiro que a contaminou. Dinah parecia também estar se dedicando à batalha contra o vírus e, apesar de se questionar acerca da importância de “colocar o seu ex-parceiro na justiça”, parecia que resguardava suas forças para manter-se viva.

A justiça que parecia poder julgar esse parceiro, poderia também expressar seu severo julgamento para consigo mesma, de não ter se protegido, e de ter traído o ideal de mulher que deve casar virgem, ser de um homem só, com quem deve procriar, que havia internalizado a partir de seus relacionamentos parentais, os de “*seu tempo*”, quando ainda era criança.

Em suas associações, à doença que a acometia tinha a ver com o passar do tempo, com algo que corrói e devora suas carnes, suas forças. Como que de súbito, o passado e o “agora” se fizeram presentes na fala de Dinah, que se sente “velha”. Muitos elementos condensados nesta fala, pela dor física e psíquica, elementos da ordem do atual e do inatual comparecem em seu processo analítico, que acaba de iniciar e, tão curto será.

Percebi que Dinah estava com o corpo totalmente contraído e rígido, segurava-se no leito com força, apertando o lençol com as mãos. Tive a impressão de que recordava algo, então solicitei a ela que me falasse o que lhe vinha à cabeça:

Eu fui casada por dez anos, casei virgem e eu nunca usava preservativo, tomava remédio para não pegar filho, e quando me separei, nas relações que tive, eu usava, às vezes, quando aquele que eu estava tinha a camisinha, mas também quando não tinha, eu não pedia, não estava acostumada, até pensava que podia pegar alguma doença, mas depois pensava: Ah! Não vou nem ficar pensando nisso que atraí, nunca pensei que pudesse pegar Aids.

Eu tive tão poucos parceiros depois que me separei! *Eu não pensava como algumas mulheres de hoje que tem que ter na bolsa a camisinha, pois não fui criada assim.* Eu achava que se eu puxasse uma camisinha o homem ia pensar que eu não era uma mulher de bem, que ele ia pensar que eu era dessas que ia com qualquer um, então não pedia, eu não pensava em pegar essa doença, essa não, essa mata, quem quer morrer né?

Dinah falava de suas crenças, seus preconceitos, seus ideais, falava-me de uma “mulher de bem”. O que imaginava a paciente ser uma mulher de bem? O que queria dizer com essa expressão tão carregada de valor? Eis o que ela me disse:

Uma mulher de bem não se entrega para qualquer um, ela escolhe a dedo com quem se envolve. Eu pensei que escolhia também, mas quem vê cara não vê coração. Como eu poderia imaginar que ele (o parceiro que lhe transmitiu o vírus) tinha Aids. Ele parecia ser sério e responsável. E eu também nunca me imaginei pedindo a camisinha, *no meu tempo nem tinha isso, se eu pedisse camisinha podia parecer uma mulher de vida fácil, podia ser confundida com prostituta, sei lá!* No meu tempo a mulher se casava virgem, e só tinha aquele homem, hoje tudo mudou; a gente que precisa se acostumar com o que tem de novo.

Quando indagada acerca do novo, do que tem de novo, Dinah faz referência aos poucos anos de existência da Aids e da circulação de informações acerca da doença: “antes não ouvia falar de Aids, hoje tenho Aids!”. Peço então que a paciente me fale como é esse novo que é ter Aids: “É não saber o que fazer, só tento tomar os remédios, cuidar da minha saúde e estar perto da minha família....”.

Dinah continua suas palavras com o olhar fixado no soro, acompanhando seus pingos, como se fosse uma espécie de marcação do tempo e me conta que sempre foi uma “moça bonita”, “cheia de vida”, que sempre quis trabalhar, mas foi impedida pelo marido, casou-se cedo, transformando-se em uma “mulher caseira”, “boa dona de casa” e “mãe amorosa”. Conseguiu se separar de um relacionamento depois de uma traição. Após a separação, começou a trabalhar fora, teve alguns parceiros eventuais e com um deles se contaminou com o vírus HIV. Quando ficou sabendo que tinha o vírus HIV,

teve medo de que seus familiares a “abandonasse”, mas, para sua surpresa, foi bastante por eles.

1.2 ALICE: “Casei sabendo que tinha o vírus. Acho que contaminei meu marido”.

Alice era uma paciente de 29 anos, separada, universitária, filha única, estava internada há dois dias, em estado grave, doente de Aids e meningite fungícea.

Quando cheguei ao seu encontro, Alice me disse que há muito tempo necessita de atendimento psicológico, mas nunca teve coragem de procurar. Peço que me fale dessa necessidade e ela começa a falar que, por conta de dores de cabeça intensas, febre alta e dores nas pernas, percorreu diversas instituições hospitalares até chegar ao HUIBB, sendo que neste ficou sabendo de seu diagnóstico de meningite.

Ruborizada e um tanto hesitante, Alice relata que é portadora do vírus HIV há cerca de seis anos, mas que durante este tempo não revelou a ninguém seu diagnóstico, preferindo “fingi” para si mesma que não tinha o vírus. Relatou que sua mãe só ficou sabendo que ela tinha Aids durante esta internação, sem seu consentimento, por uma médica que disse a ela que iria informar a um de seus familiares, pois precisava de acompanhante devido ao seu grave estado de saúde, o que a deixou “enfurecida”.

Alice tem um filho de seis anos, que não é portador do vírus HIV, pois segundo a paciente, quando estava grávida conseguiu a duras penas realizar seu acompanhamento pré-natal em uma unidade especializada. Lembrando de seu filho, a paciente falou de seu medo diante das possíveis conseqüências da meningite: *Já pensou o que é ter um filho e não poder vê-lo, escutá-lo, tenho medo de ficar cega ou surda.*

A paciente foi casada por três anos e após a separação não teve mais contato com seu ex-marido, que também não estabeleceu mais contato com ela e com o seu filho, não pagando pensão. Sabia onde encontrá-lo, mas preferiu não fazê-lo.

As cenas que me trazem eram de um casamento no qual ela se deixava sofrer violências diversas: físicas, verbais, psicológicas: casou-se com um homem que era ciumento, alcoolista, infiel, passava noites fora, bebendo e com outras mulheres. Recordou o quanto foi difícil separar-se, rememorando um momento difícil de seu casamento, em que as agressões eram constantes, intensas e, como ainda estava disposta a continuar a relação, só viu como *saída* impor a condição de que ela e o marido fossem morar com os pais, “assim ele não teria coragem de me bater. Lá em casa é o papai quem manda, ele não tinha coragem de fazer nada”.

Quando relembra de como se sentiu diante da decisão de casar-se, fala de seu pai, que foi contra e que nunca aceitou sua “escolha”. Desde então, seu pai se tornou

frio e distante: “Ele sempre me dizia:- ele não presta para você”, dizendo sentir na “pele” o castigo do pai:

Quando peço dinheiro para ele (pai), para comprar alguma coisa para meu filho ou para mim, ele é ríspido e violento e me manda procurar o pai do meu filho, que ele sim tem obrigação.

Quanto à maneira e por quem foi contaminada, Alice relatou que se contaminou antes de seu casamento, e que, como teve vários parceiros, não sabe quem lhe transmitiu o vírus. Casou sabendo que tinha o vírus, mas nunca revelou nada ao marido, relatando que sempre mantinha e mantém relações sexuais sem preservativo, pois, segundo ela, assim tem mais prazer. Dizia não ter medo de pegar Aids, pois, sempre procurou ter parceiros fixos, assim podia abrir mão do uso do preservativo, a partir de um “acordo de confiança”, que sabia poder ser quebrado.

Alice fala de sua falta de coragem para contar ao “violento” ex-marido que tem aids e que o contaminou, recordando que quando casada pedia com frequência para este fazer o teste.

Eu pedia para ele fazer o teste e ele me dizia: - Eu não tenho isso, credo! Mas ele nem sonhava que eu já tinha Aids, eu pedia para ele fazer assim, quem sabe, ele mesmo poderia descobrir.

Quanto aos motivos de não ter procurado atendimento médico contínuo, Alice relata que tinha medo de que alguém a visse entrando nos locais especializados ao atendimento de pacientes portadores do vírus HIV, falando de seu próprio preconceito e do medo de ser discriminada. O que terá acontecido com Alice, que bem soube procurar o atendimento pré-natal e livrar seu filho da contaminação vertical, mas depois não mais procurou para si mesma a atenção especializada? Eis um relato de discriminação:

As pessoas já não querem passar nem na calçada, com medo de se contaminar, quanto mais falar com alguém, ser amigo então nem se fale. É assim que as coisas são na verdade. Não adianta dizerem o contrário; as pessoas ainda têm medo, e por mais que saibam que não se pega Aids falando com alguém que tem, sentem medo, têm vergonha de ter um *parente aidético*. Dificilmente alguém que tem um parente que morre aqui nessa enfermaria diz lá fora que fulano morreu de Aids; diz que morreu de tuberculose, pneumonia e outras doenças.

Segundo Alice, sua mãe havia lhe confessado que se sentia envergonhada por sua internação, pois esta já havia trabalhado como enfermeira no hospital: “Puxa! Todo

mundo a conhece aqui, as pessoas devem olhar para a minha mãe e devem pensa ela é da área e a filha dela aqui, ela fica com vergonha e eu também”. De novo Alice relata medo da discriminação, e trata-se de um medo real, pois em outros casos têm mesmo acontecido fatos semelhantes neste hospital.

Falava de sua mãe, como uma mulher submissa, dependente financeira e afetivamente de seu pai. Após ter sua profissão, trabalhar durante muitos anos, decidiu parar de trabalhar e ficar em casa, Alice diz não entender quais os motivos que levaram sua mãe a abandonar sua profissão e se tornar uma “serva”, “uma empregada” de seu pai.

Em suas palavras, descreve a casa onde mora e como sua família se relaciona: “parece um condomínio, onde os quartos, mais parecem casas, e os espaços onde nós deveríamos nos encontrar, como a sala e a cozinha vivem vazios, cada um faz suas refeições em horários diferentes”. Queixando-se que deve haver alguma coisa de errado com ela, pois seus pais são frios, distantes e pouco atenciosos, acredita não ter sido a filha que eles desejavam que fosse, ou melhor, não sabia se foi desejada. Assim mantinha também distância: “mendiguei carinho à vida toda, sou a única filha, poderia ser bem mais amada”.

Quando Alice fala de seu pai, expressa seus intensos sentimentos de amor e ódio e o medo de perder o amor deste, descrevendo-o como rígido, materialista, preconceituoso, egoísta, moralista, ciumento e depressivo. Relata que seu pai é alcoolista, tem medo que ele saiba que ela tem Aids e tente se suicidar. Lembra que uma vez o pai tentou suicídio, mas, apesar das suas investidas e de sua mãe para saber dos motivos para tal tentativa, este jamais revelou nada. Por conta deste medo, fez um pacto com a mãe, para que ela a ajudasse a guardar o segredo de seu diagnóstico, e assim a mãe vem fazendo, emprenhando-se a convencê-lo de que não faça visitas a Alice no hospital.

Alice pretendia contar ao pai quando “estiver boa” e saísse do hospital. Lamentou, pois estava “dando orgulho” ao pai, trabalhando e cursando a faculdade, e agora que estava doente tinha medo de que ele a “abandonasse” e a “rejeitasse”. Alice imagina que seu pai desconfia de seu diagnóstico e que por isso talvez não tenha ido visitá-la.

A paciente falou de sua angústia diante da possibilidade de morte:

Estou assustada demais e com medo de morrer [...] quero viver, não quero morrer. Por outro lado, foi bom ter ficado doente, meu pai foi

me ver no outro hospital e até me deu um beijo na testa, coisa que ele nunca faz.

Alice rememorou ainda que se via constantemente preocupada com a aparência. Fazia regimes “violentos” e provocava vômitos depois que comia, por isso algumas vezes teve que fazer transfusões de sangue, em virtude de anemias profundas. Sua bulimia merece outras considerações que ainda serão apresentadas e discutidas.

Quando de sua alta médica, estive com Alice. Ainda com semblante bastante sombrio, disse estar fazendo todas as medicações de acordo com as prescrições médicas, que a partir desta internação “tomou consciência da importância de se cuidar” e que pretendia dar continuidade ao seu atendimento médico e psicológico, para os quais foi encaminhada.

1.3 ANA LAURA: “*Ele não tinha ereção com camisinha, então me ofereceu uma grana preta e eu fiz sem preservativo: era meu trabalho*”

Ana Laura estava em sua segunda internação devido a uma infecção em sua cirurgia de apendicite realizada há pouco tempo. Já se encontrava um mês internada quando foi encaminhada ao Serviço de Psicologia, por estar sendo agressiva com a equipe multidisciplinar do HUIBB.

Ana Laura era uma paciente de cerca de cinquenta anos de idade, com aparência envelhecida, mas de olhar bastante expressivo. Em seu primeiro atendimento, relatou as condições em que vivia, descrevendo sua casa e falando de sua solidão, desamparo e miséria material:

Minha casa não tem higiene, vivo sozinha e não tenho ninguém para me ajudar a fazer as coisas de casa. Eu sou só, por isso minha cirurgia inflamou, eu durmo em um colchão no chão, ainda não consegui comprar um colchão. Eu usava um que o vizinho me emprestou e ele estava sem capa, acho que as esponjas que soltavam entraram na minha cirurgia. Além disso, ele era velho e fedorento, estou tentando conseguir um colchão com meu amigo delegado, mas sabe como é, quando eles precisam sabem procurar, mas quando a gente vai pedir, eles se escondem, estou ligando e ele não me atende.

Nesse atendimento, Ana Laura abre sua blusa expondo os seios, reclamando de que a enfermaria era “infernai” e que estava com bastante calor, permanecendo com seus seios semi-expostos durante o atendimento.

Quando solicitada a falar do que era infernal, Ana Laura disse-me: “*minha vida é infernal, minha história também, dá para escrever um livro...*” e assim começou a relatar sua história. Não sem razão, como ainda veremos, narra sua vida como mãe:

Eu tive cinco filhos, mas dei quatro, fiquei apenas com o caçula. Eu não tinha como criar eles, eu vivia muito na rua, trabalhava na vida, como prostituta lá no Cais do Porto. Lá era a minha verdadeira casa.

Após saber que tinha Aids, ela tentou encontrar seus filhos, só conseguindo reencontrar uma filha já casada, que estava grávida e não sabia que havia sido adotada. Ao ficar sabendo que era sua filha, ficou muito “chocada”, pedindo que não a procurasse por um tempo para assimilar a notícia: *“Ela vai ser mãe e vai pagar pelo desprezo que tá me dando, ou quem sabe quando o filho dela nascer, ele me aceita”*.

Quanto ao único filho que permaneceu em sua guarda, foi criado pelos vizinhos onde residia, na Vila da Barca. Uma das vizinhas interveio quando esta queria dá-lo, pedindo que ficasse com o filho e colocando-se à disposição para cuidar deste quando esta estivesse trabalhando. Ana Laura se via na obrigação de gratificar seus vizinhos com dinheiro, presentes e eletrodomésticos. Assim, seu filho foi criado por vizinhos, mas sustentado por ela, como profissional do sexo.

A paciente relatou que estudou até a quarta série do ensino fundamental, aprendeu no cais a falar um pouco de Francês, Inglês e Alemão, na medida que precisava atender a seus clientes. Entender o que seus clientes falavam e queriam fez dela uma poliglota, na linguagem e no sexo.

Ana Laura relembra o quanto era invejada em sua juventude por sua beleza, pelas colegas de trabalho, pois conseguia ser bem paga pelos seus serviços.

Eu tinha muita sorte com os meus parceiros, eu sabia negociar com eles, apesar de que de negócio em negócio me dei mal. Se eu arrumava um parceiro, ele me pedia logo para ficar com ele na cabine até ele ir embora. Eu dizia logo quanto e como era, aí eles gostavam do meu jeito de cobrar, eu era muito bonita, eles me viam e ficavam doidos. As minhas colegas ficavam com raiva porque elas eram trocadas logo, eles pagavam só um dia delas e pronto. Aí elas tinham que ir com os outros. Os meus me levavam para passear com meu filho naquele Jumbo (hipermercado e restaurante), compravam sapato para ele, brinquedos, pagavam almoço, e elas não sabiam o que eu tinha que atraía os homens, ficavam com raiva, invejavam, sabe. Eles sempre me davam uma boa grana. Lá era um lugar bom de trabalhar, só atendíamos comandantes, delegados, juízes, só gente de grana.

Ainda relembando seus muitos anos de trabalho, disse-me ter ganhado muito dinheiro, mas que não conseguiu acumular bens, pois, quando recebia uma quantia alta de dinheiro, dava presentes caros aos amigos e a pessoas próximas:

Eu sempre fui assim. Se pegava dinheiro e via que aquela pessoa estava precisando mais que eu, eu dava mesmo, não tinha pena. Quando via, estava sem nada de novo; foi assim minha vida toda.

Quanto à forma como contraiu o vírus HIV, Ana Laura relatou que foi com um comandante da Marinha, durante um programa. Em seu trabalho existia uma tabela de preços, em que sexo sem camisinha era mais caro e também o mais solicitado pelos clientes: *Eles pagavam o que fosse, era só pedir.*

Ele não conseguia manter a ereção com camisinha, me ofereceu uma grana preta, me deu mil e quinhentos dólares. Aí eu fiz sem, estava precisando muito do dinheiro, para pagar traficantes em troca de proteção. Depois perguntei para ele se ele havia me passado Aids e ele assumiu, disse que tinha pego de uma aeromoça. *É, os dólares me custaram caro, pensei que tava me dando bem, mas na verdade me dei mal.*

A paciente ficou sabendo de sua contaminação há sete anos, mas não parou de trabalhar e, até um ano atrás, ainda se prostituía esporadicamente. Durante estes anos mantinha relações sexuais sem o preservativo, de acordo com a tabela, infectando seus clientes.

Sabia que não iria durar muito lá, mas precisava ganhar dinheiro, me sinto culpada por ter passado Aids para os outros, *coitados, eles pagavam mais caro para pegar Aids!*

A notícia de que Ana Laura era portadora do vírus HIV se espalhou pelo Cais e a clientela foi diminuindo até ser mandada embora, pois no Cais do Porto as prostitutas oficialmente eram diaristas, um esquema para encobrir o “comércio do sexo”. Explicou uma vez que “só trabalhava com sexo quando não tinha trabalho de doméstica”. Era esta a frase que ela pronunciava em várias línguas para seus clientes. Jogava com a sedutora fantasia da mulher doméstica, a que promete ser virgem e fiel, mulher de um homem só, mas que também pode ser mulher da vida, pronta para oferecer ao homem os prazeres que desejar. Mas apenas àqueles que puder pagar, trata-se de um “negócio”, um “trabalho” e Ana Laura sabe “negociar”.

Rememorando sua infância difícil, Ana Laura relata que veio do interior do Maranhão para Belém aos oito anos de idade, sob os cuidados de uma tia materna que “prometeu” à sua mãe educá-la. Em sua cidade natal, as condições de vida eram precárias, havia poucos empregos. Para chegar às escolas, as crianças precisavam caminhar quilômetros. Ao chegar a Belém, sua tia a explorou no trabalho doméstico; Ana Laura recordou com tristeza os maus tratos e condições subumanas em que vivia. Além de tudo, a paciente narra que foi abusada sexualmente pelo marido de sua tia.

Eu comia restos, o que sobrava da família desta minha tia, às vezes angu, a mesma comida do cachorro. Não podia sentar na mesa, andar pela sala da casa dela, não me colocou para estudar coisa nenhuma, trabalhava muito, cuidava dos filhos dela. Era só para isso que ela me queria. Eu não conseguia falar com minha mãe, ela escrevia para

minha mãe dizendo que eu tava gorda, estudando e bonita. Tudo mentira, tava magra, tava sem estudo, só trabalhando, apanhava muito e ainda tinha o marido dela que me atentava, querendo ter relações comigo. Se eu contava para ela que ele tinha bulinado comigo, ela me batia dizendo que eu era assanhada e que, se eu não parasse de confiança com ele, ia me jogar fora.

Ana Laura, que foi tida como agressiva pela equipe multidisciplinar do hospital, sem negar que realmente o foi, parece ter encontrado em seu processo psicoterapêutico um lugar e uma acolhida para relatar a violência com que a vida a tornou o que era. Sem máscaras, de peito nu, ela segue contando sua história infernal. Ainda falando de sua infância, ela contou-me que seus pais se conheceram durante uma apresentação de circo; seu pai era trapezista. Ao assistir lhe, sua mãe ficou encantada. Eles começaram a namorar e fugiram. O pai era natural das Guianas Francesas; a mãe morava em uma cidade do interior do Maranhão. Após o casamento, sua família fez inúmeras viagens pelo Brasil com o circo, onde sua mãe trabalhava como faxineira. Também recordou o quanto o pai era carinhoso com ela e com seus irmãos:

Meu pai me adorava. Ele dizia que eu era linda, uma princesa, que ia ter tudo. Era assim também carinhoso com meus irmão abraçava a gente, colocava no colo.

Descreveu sua mãe como uma mulher pouco atraente e rude e seu pai como um homem bonito e infiel.

Mamãe era ignorante, ela não tinha conhecimento de nada; só assinava o nome, era semi-analfabeta, não era bonita, envelheceu logo, teve nove filhos, se acabou cedo.

Meu pai era muito bonito, tinha uns dois metros de altura, louro, olhos verdes, brancão, as mulheres babavam, mas era rueiro. Ele arranjava muitas mulheres. Depois que nós nascemos, ele passou a viajar sem dizer nada para a mamãe e para a gente. Quando a mamãe ficava sabendo, ele já tinha ido com o circo, ela só fazia esperar por ele, sempre pressentindo que ele não voltaria um dia. Até que um dia ele não voltou mesmo, nunca mais soube dele. Isso eu tinha uns seis anos. Daí a mamãe sem dinheiro, sem condições de criar. Agente, foi dando a gente um por um, para quem tinha condições de criar, a gente passava muita fome, a fome doía muito.

Ana Laura começou a manter relações sexuais aos treze anos de idade, quando começou a freqüentar a escola. Acreditava que um de seus parceiros poderiam se apaixonar por ela e tirá-la da casa da tia. Aos quinze anos, engravidou, e quando viu que a tia deu seu filho, resolveu sair de casa e se prostituir.

O primeiro, ela deu. Quando tive os outros, eu já estava na rua me prostituindo. Aí eu achei que era melhor mesmo que eles não ficassem comigo para sofrer, e fui dando um por um. Eu não tinha parada certa, vivia na casa de um e de outro. Sempre morei em casa

de traficante, era o lugar em que davam abrigo para a gente que vive nessa vida. Eles pensam que nossos clientes poderiam querer drogas, aí a gente oferecia também, e eles tomavam conta de mim, pois a rua é traiçoeira. Para me manter viva, tinha que ter proteção, mas também apanhava deles, eles às vezes pegavam meu dinheiro. Como eu ia viver com filho nessa vida. Era melhor dar (os filhos).

1.4 Terceiro Leste: Que Lugar é este?

Os casos acima relatados foram atendidos por mim no Terceiro Leste, como é comumente chamada a enfermaria de SIDA pelos profissionais de saúde do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), pelos pacientes e seus familiares. É interessante ressaltar o quanto é assombrosa a entonação daqueles que pronunciam tal expressão. Não sem motivos, haja vista que é uma enfermaria onde ocorre muitos óbitos de pacientes doentes de Aids, onde o sofrimento é intenso, tanto dos pacientes quanto daqueles profissionais de saúde que os atendem.

O Terceiro Leste está localizado na Divisão de Doenças Infecto-Parasitárias, no terceiro pavimento do HUJBB, é constituído por vinte e dois leitos destinados a pacientes doentes de Aids e quatro leitos de isolamento. Atualmente observamos que um crescente número de mulheres vêm povoando as enfermarias desta divisão, demonstrando que o hospital segue a incidência apontada pela epidemiologia de uma feminização da epidemia do HIV/Aids.

O HUJBB é um hospital público, geral e de referência para o tratamento em pneumologia, endocrinologia e infectologia, está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Belém, Estado do Pará. Recebe grande número de pacientes, em sua maioria, população de baixa renda. Como hospital universitário, abriga pesquisadores de diversas universidades desta cidade, dentre elas a Universidade Federal, Universidade da Amazônia e Universidade Estadual do Pará.

Minha atividade como psicoterapeuta e pesquisadora nesse hospital está vinculada ao Projeto de Pesquisa “Tratamento Psicológico no Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos”, que tem como coordenadora a Prof^a. Dr^a. Ana Cleide Guedes Moreira, constituído por uma equipe de psicanalistas, mestres, doutores e alunos da graduação em Psicologia, que desenvolvem suas pesquisas partindo de seus atendimentos no ambulatório de Psicologia e nas enfermarias deste hospital, buscando o aperfeiçoamento da teoria da técnica e a construção de dispositivos clínicos psicanalíticos em contexto hospitalar.

Assim, esses pesquisadores que desenvolvem suas pesquisas no hospital, dentre elas esta dissertação de mestrado, seguem os ensinamentos de Freud, que historicamente sabemos que pôde fundamentar suas hipóteses teóricas a partir das observações clínicas realizadas no interior de seu consultório. Neste sentido, seguimos também Fédida (1992), quando este ressalta que a contribuição mais legítima que podemos extrair do percurso de Freud é que o pesquisador psicanalítico é movido por sua subjetividade ao analisar um dado de pesquisa, pois este sempre esteve movido por suas inclinações pessoais diante dos dados de sua pesquisa e foi graças a sua interferência subjetiva que a Psicanálise nasceu como uma teoria, um método e uma técnica de tratamento. Assim as elaborações e construções teóricas desta dissertação partiram da clínica e dos efeitos da transferência e contratransferência.

Vale ressaltar que, desde Freud, a Psicanálise vem desenvolvendo-se, aprimorando-se e reconstruindo seus aportes teóricos e técnicos, de forma a promover um redimensionamento em seu campo de aplicabilidade clínica. Em decorrência disso, nas últimas décadas, para além dos consultórios particulares, a Psicanálise conquistou novos espaços de operacionalização: hospitais, universidades, postos de saúde, clínicas privadas etc. (PINHEIRO, 2007).

No que se refere ao trabalho psicanalítico, em uma instituição hospitalar, muitas questões têm sido levantadas, discutidas e formalizadas pelos psicanalistas que atuam nesta área, tais como: se é possível fazer psicanálise no hospital – baseada nos argumentos – do tempo limitado pelas diretrizes organizadoras do SUS ou dos Planos de Saúde, ou o de não possuir o *setting* clássico para trabalhar psicanaliticamente. Segundo Souza (2000), para se exercer a Psicanálise no hospital, o analista precisa reconhecer as diferenças entre um trabalho analítico clássico da Psicanálise no consultório particular e o trabalho desenvolvido no contexto hospitalar. Nesse sentido, não se trata de converter um leito de hospital num divã, pois o hospital não pode funcionar como extensão do consultório, por possuir características e demandas diferentes, o psicanalista deverá reinventar a psicanálise, dentro de sua ética, e a cada atendimento.

Para essa autora, o psicanalista, trabalhando em um hospital, não poderá contar com a proteção das quatro paredes do consultório e terá, na maioria das vezes, como paciente, alguém que não estava à sua procura. Terá que atender pessoas doentes, acidentadas, entubadas, pacientes e suas famílias em sofrimento psíquico, tendo de realizar os atendimentos, ao lado do leito do paciente, nos corredores, tendo muitas

vezes como testemunhas do atendimento membros da equipe, familiares e até outros pacientes. No entanto, isso não impede que se trabalhe e se exerça com o paciente e seus familiares a escuta analítica, já que o psicanalista é uma função e não uma pessoa. Pensar sobre esta práxis com suas especificidades é pensar sobre toda a teoria psicanalítica.

Nesse sentido, vale ressaltar que a partir de minha prática, considero que o atendimento realizado no contexto hospitalar e, mais especificamente nas enfermarias, é bastante peculiar. O paciente se encontra hospitalizado, sob as regras da instituição e da ordem médica. Os cenários são outros: não contamos com o *enquadre* clássico no qual os pacientes nos procuram. Deparamo-nos, muitas vezes, com a demanda da equipe multiprofissional que *prescreve* o atendimento psicológico aos pacientes, as interrupções dos atendimentos para os necessários procedimentos médicos são comuns, os familiares que acompanham o paciente também demandam atendimento e é de suma importância que essa demanda seja escutada. Os corpos dos pacientes encontram-se, algumas vezes, expostos, sendo manipulados seguidamente por vários profissionais em um mesmo dia, demonstrando a falta de privacidade a que ficam submetidos e, como se não bastasse, a dor e o luto dos pacientes que assistem às mortes dos colegas de enfermaria são frequentemente relatados.

Para Meirelles (2006), a Psicanálise também não é uma técnica pré-moldada e aprisionada nos consultórios particulares com sessões de três a quatro vezes por semana e nem depende de um espaço específico, pois se trata de um tratamento que envolve a relação com o analista. Fazer Psicanálise é uma tomada de posição; um analista faz psicanálise em qualquer espaço, se tomar a posição de escuta psicanalítica: se acreditar na fala do paciente como expressão do inconsciente.

Segundo Pinheiro (2007), esse movimento expansionista, em que a Psicanálise é exercida em outros lugares além do consultório privado, trouxe duas conseqüências: primeiro, permitiu que a clínica psicanalítica afrouxasse suas amarras burguesas, deixando de ser uma prática voltada exclusivamente para o atendimento de uma camada populacional pertencente às classes média e alta da sociedade para se abrir ao atendimento de pessoas pertencentes a diversos universos culturais, econômicos e simbólicos. Em segundo lugar, trouxe a necessidade de abertura de espaços de reflexão crítica nos quais a prática clínica pudesse ser repensada a partir de uma visão não dogmática. Reflexões estas que se desdobraram em uma re-descrição do seu cenário clínico, a partir do momento em que a Psicanálise abandonou o conforto dos

consultórios particulares para se alocar em ambientes institucionais diversos e inóspitos, como os hospitais, nos quais toda uma gama de fatores acaba interferindo no trabalho, impondo impasses clínicos e, em consequência, teóricos.

Assim como se questiona nos dias atuais se é possível trabalhar com psicanálise nos hospitais, há ainda o debate quanto à indicação desta no atendimento à população de baixa renda, como a que estudamos. No entanto concordamos com Santos e Vilhena (2000) e Pinheiro (2008), que destacam que os atendimentos psicanalíticos praticados fora de seu *lócus* tradicional não deve se concentrar em determinar se os pacientes que procuram as instituições em busca de um atendimento psicológico se adéquam ou não a essa modalidade clínica. Podemos entender que, a partir das diversidades sociais, lingüísticas e culturais, devemos focalizar nossa atenção no campo clínico, objetivando levantar os elementos que, nesses ambientes, o estariam organizando.

Neste sentido, Santos e Vilhena (2000, p. 9) afirmam que “[...] é possível evitar o verdadeiro ‘apartheid clínico’ realizado por aqueles que questionam a viabilidade da Psicanálise para populações desfavorecidas [...]”.

Freud (1919 | 1918), no texto *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* apresentado no V Congresso Psicanalítico Internacional, em Budapeste, em setembro de 1918, pouco antes do final da Primeira Guerra Mundial, expressou seu desejo de que a Psicanálise pudesse vir a encontrar meios de aliviar o sofrimento neurótico das classes menos favorecidas.

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência analítica quanto tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados profissionais analiticamente preparados (...). Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD, 1919-1918| 1996, p. 180 e 181).

Portanto, seguindo o desejo expresso de Freud por uma prática da psicanálise que alcance as populações de baixa renda, concordamos com a afirmação de Vilhena (2000), a qual ressalta que no plano psíquico, freqüentemente, a dureza das condições de vida de determinada população é vista apenas pela vertente da patologia social,

excluindo de seus universos o conflito psíquico e a singularidade que é marca de todo ser humano. Assim, “[...] Atribui-se ao pobre apenas necessidades, negando-lhes a condição de sujeitos desejantes. Reduz-se, desta forma, o sujeito único e singular a um número na série dos ‘excluídos’ [...]”(p.49).

Nesse contexto, portanto, é necessário encontrarmos condições de trabalhar com a psicanálise no hospital, não temos o *setting* clássico, mas dispomos de todo o arsenal teórico e técnico inventado por Freud e cabe a nós pesquisar suas novas possibilidades.

CAPÍTULO 2

2 CENÁRIOS DA AIDS

Neste capítulo, trato das questões referentes à epidemiologia do HIV/Aids, importante elemento para visualizar o cenário da epidemia no Brasil, visitando a literatura referente aos órgãos que norteiam as nossas políticas públicas e demais estudos na área, para pensar minha questão de pesquisa, que, para além dos números e estatísticas sobre a crescente contaminação de mulheres, interroga-me acerca dos mecanismos psíquicos e aspectos sociais envolvidos na epidemia.

2.1 As origens do vírus

A síndrome de imunodeficiência adquirida foi, primeiramente, descrita como uma nova doença em 1981, nos Estados Unidos. Entre outubro de 1980 e maio de 1981, foram notificados cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em jovens homossexuais masculinos, em Los Angeles. Ao mesmo tempo, 26 casos de sarcoma de Kaposi foram diagnosticados na Califórnia e New York (PETERMAN *et al.*, 1985; MANSUR *et al.*, 1985; FERREIRA, 1994).

A ocorrência dessas doenças em jovens previamente saudáveis despertou a comunidade científica para o provável aparecimento de uma nova doença de origem desconhecida. O quadro, que no início atingia exclusivamente homens com práticas homoeróticas, em seguida começou a ser verificado entre receptores de sangue e derivados, entre mulheres e crianças, sugerindo que se tratava de uma doença de etiologia infecciosa e transmissível e, ainda, a possibilidade de haver uma correlação entre os hábitos sexuais e o uso de drogas (SOARES, 1999).

Nesse período, quando ainda não se conhecia a etiologia da doença, buscou-se, por meio da investigação epidemiológica, delimitar os possíveis mecanismos de transmissão para a doença e os principais fatores de risco e proteção. Evidências sobre uma possível etiologia infecciosa, cujo agente era transmitido pelo contato sexual e através do sangue, foram se acumulando entre o fim de 1982 e o início de 1983 (SANCHES, 1999).

Essa associação inicial da doença com as práticas homoeróticas masculina induziu tanto a comunidade científica quanto a população em geral a um erro de avaliação sobre as possíveis formas de transmissão, então centrada em determinados “comportamentos” frequentes nessa população, o que contribuiu em parte para possibilitar a difusão da Aids para outros segmentos da sociedade. Nessa ocasião, os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) passaram a utilizar a expressão

"grupos de risco" para designar o conjunto de pessoas "mais expostas à infecção". Em um curto espaço de tempo, casos de Aids começaram a ser notificados em usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Logo em seguida, o primeiro caso de Aids associado à transfusão sanguínea foi diagnosticado (DEVITA, 1988; DAVIS *et al.*, 1983).

Em 1982, postulou-se que um retrovírus seria o provável agente etiológico dessa doença desconhecida. Em 1983, dois novos retrovírus foram isolados por Luc Montagnier, na França: LAV e HTLV-III. Estudos subsequentes mostraram que o LAV e o HTLV-III eram, na verdade, o mesmo vírus. Após várias polêmicas, esse vírus passou a ser denominado de HIV, o Vírus da Imunodeficiência Humana. A partir de 1985, o teste para detecção de anticorpos séricos anti-HIV se torna disponível (SOARES, 1999).

A origem dos vírus HIV/Aids ainda é desconhecida, porém presume-se que haja uma grande família de retrovírus relacionada a eles, encontrados em macacos africanos. Daí a suposição de que a África represente a origem geográfica do vírus (SOARES, 1999).

Segundo Soares (1999), assim como o advento de outros tipos de epidemias, que fizeram parte de nossa história e causaram medos, crenças, dúvidas e incertezas, com a Aids não poderia ter sido diferente. Neste sentido, diversas hipóteses foram levantadas, como a de que seria uma criação laboratorial para experimento de uma guerra bacteriológica, ressaltando que a mais aceita é a de que seria uma virose originária de macacos africanos, disseminando-se para os seres humanos e propagada para a América Central através de trabalhadores, e daí para a América do Norte, por homossexuais e toxicômanos.

As diferenças entre o perfil epidemiológico da Aids no mundo industrializado e na África, permitiu à Organização Mundial de Saúde (OMS) definir, em 1986-1987, padrões epidemiológicos básicos para a pandemia. Os padrões I, II e III foram propostos pela OMS, numa tentativa de explicar as diferenças, categorizando a epidemia da Aids no mundo segundo conceitos obscuros e, para alguns autores, preconceituosos (RAMOS, 1992).

O Padrão I: típico de países industrializados, incluindo, com grande número de casos notificados, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Nova Zelândia. Nessas áreas, segundo a OMS, o HIV provavelmente começou a se espalhar no final da década de 1970, no meio urbano, identificados, primeiramente, homens

homo/bissexuais, suas parceiras sexuais e prole, usuários de drogas injetáveis e receptores de produtos sanguíneos.

O Padrão II: referia-se à área que compreendia os países da África Sub-Saara, Caribe e América Latina, que registravam os primeiros casos de Aids em 1983. Nessas áreas, o contato heterossexual era o principal mecanismo de transmissão, com proporção equitativa entre homens e mulheres e transmissão do HIV perinatal. A infecção pelo HIV pela via homossexual ou pelo uso de drogas injetáveis era considerada, neste padrão, pouco significativa ou ausente.

O Padrão III: incluía países do Bloco Soviético, Norte da África, Oriente Médio, Ásia e Pacífico, onde o HIV teria começado a se difundir na metade dos anos 1980. A característica desse terceiro grupo de países era o pequeno número de casos, geralmente associados a contatos com pessoas de países incluídos nos padrões I e II. O Brasil situava-se como um país limite entre o padrão I e II.

Esse modelo ignorou, desde o princípio, diversos determinantes sócioeconômicos e culturais além dos aspectos subjetivos, priorizando os dados estatísticos e de descrição do comportamento de forma bastante restrita, atravessada ainda pela idéia de “grupo de risco”, o que teve consequências adversas sobre as estratégias de enfrentamento da epidemia, como a desinformação sobre as formas de transmissão, proliferação e investimentos limitados em estratégias de saúde pública na prevenção e combate ao vírus HIV/Aids. Por essas questões, a tipologia de padrões I, II e III foi abandonada.

Mann (1993) descreve uma nova geografia do HIV/Aids, que envolve a divisão do mundo em Áreas Geográficas de Afinidade (AGA). Cada área foi identificada considerando-se três fatores principais:

- 1- Epidemiológico, relacionado às características epidemiológicas da epidemia pelo HIV/Aids em cada país;
- 2- Operacional ou programático, referente às características e nível da resposta à pandemia;
- 3- Social, relacionado à vulnerabilidade social à difusão do HIV.

As dez áreas geográficas de afinidade foram então definidas como: 1- América do Norte, 2- Oeste Europeu, 3- Oceania, 4- América Latina, 5- África Sub-Saara, 6- Caribe, 7- Leste Europeu, 8- Sul e Sudeste Mediterrâneo, 9- Nordeste Asiático e 10- Sudoeste Asiático.

A utilização da noção do conceito de Áreas Geográficas de Afinidade apresenta vantagens e desvantagens. A maior desvantagem é que esse enfoque é insensível às diferenças internas e entre países. A maior vantagem dessa abordagem é a possibilidade de desenvolver comparações em grande escala, identificando importantes e amplas tendências, e conferir um padrão global à epidemia (SANCHES, 1999).

2.2 O vírus HIV e sua ação

O HIV é o Vírus da Imunodeficiência Humana, que provoca a Aids, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O HIV já foi identificado no sangue, saliva, lágrima, fluido cérebro-espinhal, tecido cerebral, urina, sêmen, leite materno, líquido amniótico e secreções vaginais. Entretanto, a baixa carga de vírus e a baixa frequência do seu isolamento da maioria desses fluidos sugerem que, com exceção do sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno, os demais fluidos desempenham um papel insignificante na transmissão do HIV. Portanto ele é transmitido por meio do contato sexual, exposição ao sangue e hemoderivados ou da mãe para o filho, tanto em útero, no momento do parto ou através do aleitamento materno (SANCHES, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é a manifestação clínica (manifestação de sinais e sintomas e/ou resultados laboratoriais que indiquem deficiência imunológica) da infecção pelo HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar. Só então ela é notificada como um novo caso e incluída nos registros mantidos pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Logo depois que o HIV entra no corpo humano, ele começa a se reproduzir, o que faz com que o organismo inicie um processo de defesa, produzindo anticorpos contra o vírus. O teste anti-HIV detecta a presença destes anticorpos. Por isso é necessário um tempo de um a três meses após a exposição ao risco de contrair o vírus, pois este seria aproximadamente o tempo necessário para o organismo produzir anticorpos suficientes para serem detectados pelo teste (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2003).

O vírus atua destruindo células do sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.3 Cenário da Aids no Brasil

No Brasil, os primeiros casos de Aids foram identificados em 1982, quando sete pacientes masculinos com práticas homo-bissexuais, foram diagnosticados. Um caso foi

reconhecido retrospectivamente no Estado de São Paulo como tendo ocorrido em 1980 (CN-DST/AIDS, 1998).

A Aids no Brasil tem se constituído como uma epidemia multifacetada, que é composta por várias subepidemias, não possuindo um perfil epidemiológico único em todo o território brasileiro, mas um mosaico de subepidemias regionais que podem estar relacionadas às profundas desigualdades socioeconômicas da sociedade brasileira (BRITO *et al.*, 2001; BASTOS, SZWARCOWALD, 2002; FONSECA *et al.*, 2003; RODRIGUES-JÚNIOR E CASTILHO, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim sendo, a epidemia, que inicialmente estava restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais, como São Paulo e Rio de Janeiro, atingindo homens com prática homoerótica e hemofílicos, depara-se atualmente com um quadro marcado pelos processos da *heterossexualização*, da *feminização*, da *interiorização* e da *pauperização*. Portanto, tendo alcançado dimensão claramente nacional, a epidemia pelo HIV/Aids não se restringe aos grandes centros urbanos nacionais e atinge atualmente mais da metade dos quase cinco mil municípios brasileiros (BRITO *et al.*, 2001; BASTOS; SZWARCOWALD, 2002; FONSECA *et al.*, 2003; RODRIGUES-JÚNIOR E CASTILHO, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O modelo ideológico da "doença do outro", vigoroso no início da epidemia, gerou por parte dos órgãos governamentais e de vários grupos sociais importantes, como os representantes das instituições de saúde, em especial na primeira metade da década de 1980, um imobilismo com relação às campanhas de prevenção à Aids. Esse imobilismo foi seguido por campanhas amedrontadoras e simplistas. O reflexo disso na população foi a não adoção de métodos de prevenção, uma vez que se acreditava ser a Aids uma doença "estrangeira" à vida cotidiana do cidadão. Na realidade, essa abordagem (a doença como atributo e experiência do outro) da prevenção reforça concepções tradicionais do processo saúde e doença na população. Apesar das mudanças epidemiológicas e das campanhas de prevenção, a mudança individual continuou restrita (BALDIANE *et al.*, 1997).

De acordo com Barbosa (1993), com a visão da Aids como sendo a "doença do outro", foram surgindo, com o tempo, outros "grupos de risco" que vêm mobilizando a comunidade científica e a opinião pública: o da "população geral" e dentro dele, as mulheres.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de DST e Aids (2007), de junho de 1980 a junho de 2007, foram identificados um total de 474.273 casos da doença no Brasil.

Considerando as regiões do País, entre 1980 e 2007, 289.074 casos foram identificados no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro-Oeste e 16.103 no Norte (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS E DST DO BRASIL, 2007).

Quanto ao número de óbitos por região, de 1980 a 2006 foram declarados 192.709 casos de óbitos no Brasil, sendo 68% no Sudeste, 15% no Sul, 10% no Nordeste, 5% no Centro-Oeste e 3% no Norte (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS E DST DO BRASIL, 2007).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de DST e Aids (2007) no que se refere aos dados de mortalidade por Aids, foi verificada ao longo de 1996 a 2006, uma redução da mortalidade no Sudeste, estabilização no Sul e Centro-Oeste e aumento no Norte e Nordeste. Quanto à mortalidade por sexo, foram declarados 142.229 óbitos em indivíduos do sexo masculino e 50.382 em indivíduos do sexo feminino.

Quanto ao número de casos identificados por sexo, de 1980 até 2007 foram identificados 314.294 casos no sexo masculino e 159.793 no sexo feminino. Observa-se que a razão entre os sexos no Brasil vem diminuindo ao longo da história, passando de 15 homens para cada 1 mulher (15, 1:1) em 1986 a 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) em 2005 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS E DST DO BRASIL, 2007).

No que se refere à faixa etária de casos identificados entre 1980 a 2007, segundo dados do Boletim Epidemiológico de DST e Aids (2007), observou-se que, do total de casos identificados em homens, 78% estão na faixa etária de 25 a 49 anos. Para as mulheres, essa proporção corresponde a 71%. Em ambos os sexos, observa-se aumento percentual de casos da doença na faixa etária de mais de 50 anos.

2.4 A aids no Pará

De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (2007), a epidemia do HIV/Aids continua crescendo no Pará, havendo, como em outras regiões, associação da feminização com a pauperização da epidemia. Os números de indivíduos infectados já chegam a quase 4.017. O Estado, em virtude da complexidade geográfica, apresenta uma característica comum a todos os estados da Região Norte, que é a concentração de

serviços de saúde nas cidades de maior porte, como Belém (capital do Estado), Ananindeua, Castanhal, Marabá e Santarém.

Há cerca de três anos, neste Estado, vêm-se travando um processo de discussão envolvendo Ministério Público, Conselhos de Saúde e ONGs, com o objetivo de fazer valer a resolução nº 002 de 11/02/2003 que prevê a disponibilidade de leitos hospitalares na rede pública e privada. Hoje são 40 leitos disponibilizados nos hospitais em Belém e 10 leitos distribuídos em 4 municípios do Estado. Mesmo assim, há uma demanda reprimida, mesmo dispondo de Hospitais Dia e Atendimento Domiciliar Terapêutico, refletindo a deficiência na assistência (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ, 2007).

Quanto ao atendimento das pessoas que vivem com Aids no Pará, de acordo com a Coordenação de DST/Aids do Estado (2007), verificou-se que estas contam com Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) nos municípios de Belém, Abaetetuba, Altamira, Ananindeua, Barcarena, Castanhal, Itaituba, Jacareacanga, Marabá, Paraupabas, Redenção, São Félix do Xingu, Tucumã e Tucuruí. Após diagnóstico, são encaminhadas ao Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) onde recebem atendimento psicossocial, de enfermagem e laboratorial, nos municípios de Belém, Itaituba, Marabá, Santarém e Tucuruí. Contam com o projeto de Testagem e Aconselhamento itinerante, que percorre municípios que não contam com tais serviços, e o Projeto Folclore Amazônico, Sexualidade e Hivida, que atua nas escolas, informando e discutindo com alunos e educadores acerca da prevenção da infecção por HIV e uso de drogas.

Esses serviços ainda são insuficientes para atender a demanda do Estado, haja vista a grande lista de espera nas centrais de leito para a internação nos hospitais e o elevado número de pacientes que chegam para internações gravemente debilitados, o que pode apontar que o paciente não está tendo acompanhamento continuamente, devido a diversos fatores, dentre eles, apontamos: falta da medicação, distância geográfica dos serviços, dificuldade em marcar consultas e/ou grande espaçamento entre elas, aliados a reduzidos recursos socioeconômicos dos pacientes para se deslocarem até os serviços especializados.

Vale destacar o trabalho das ONGs que atendem pessoas que vivem com Aids no Pará. São cerca de dez organizações, dentre estas: 1) Associação Renascer, em Conceição do Araguaia, 2) Centro Nova Vida, em Ananindeua, 3) Federação da Mulher do Estado do Pará, em Belém, 4) Gestos, 5) Grupo Pará Vidda - Valorização Integral e Dignificação do Doente de Aids, 6) Grupo de Apoio e Prevenção à Aids no Pará-

GAPA, 7) Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central - GEMPAC, Movimento de Promoção da Mulher - MOPROM, 8) Movimento de Mulheres do Campo e da Cidade, 9) Movimento Homossexual de Belém e, 10) Sindicato dos Trabalhadores Domésticos de Belém e Ananindeua (GAPA-PARÁ, 2008). Constituindo ampla rede de apoio e atendimento, as ONGs têm papel de destaque na luta contra a epidemia, com políticas públicas, sociais e de saúde para os cidadãos do Pará.

2. 5 A vulnerabilidade feminina à infecção por HIV/Aids

a) O Conceito de vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard, por Mann, sobre a epidemia da Aids. Este termo tem sido bastante empregado nos últimos anos por pesquisadores e profissionais de saúde, expressando distintas interpretações.

Mann *et al.*, (1993), para a formulação do conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids, apresentam uma metodologia que propõe uma estrutura de análise que incorpora a interdependência do *comportamento individual*, do *âmbito coletivo* e do *social*, baseada em indicadores (baixo, médio e elevado) por eles elaborados. Seguiremos apresentando o conceito em sua três perspectivas:

A *vulnerabilidade individual* considera o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária do indivíduo, mas especialmente pela sua capacidade de incorporar e aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravo. A vulnerabilidade individual pressupõe que qualquer pessoa é vulnerável ao HIV; os meios de que a pessoa dispõe para se proteger determinam sua vulnerabilidade; quanto maior o amparo social e a assistência à saúde, menor será sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade é determinada por acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção, pelo desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade e pelo acesso a recursos e capacidade de adotar métodos de prevenção.

A *vulnerabilidade programática* leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, a forma como o usuário é atendido pelo serviço, as ações

preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

A *vulnerabilidade social* avalia a dimensão social do adoecimento, utilizando indicadores capazes de revelar o perfil da população no que se refere ao acesso à informação; gastos com serviços sociais, de saúde e de educação; acesso aos serviços de saúde; coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher e o índice de desenvolvimento humano. Para estes autores, o comportamento individual é o determinante da vulnerabilidade à infecção, articulado aos outros âmbitos acima referidos.

Segundo Paris (1999), o modelo original, proposto por Mann *et al.*, (1993), apresenta-se impregnado da tradição norte-americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual segundo aspectos comportamentais e cognitivos. Paris apresenta um estudo sobre vulnerabilidade à Aids numa perspectiva que engloba aspectos psicológicos e sociais, a partir da população. Apresenta uma decodificação do conceito em: *vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade*, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços; *vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos* e decorrentes das *relações de gênero* na sociedade; e a *vulnerabilidade na esfera da significação*, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história.

Ayres *et al.*, (1999) na tentativa de ampliar o conceito de vulnerabilidade proposto por Mann *et al.*, (1999), no Brasil, propõem que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *locus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

A diferença desses autores difere do marco inicial proposto por Mann *et al.* (1999) uma vez não enfatizam excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. Para esses autores, a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo.

Para Sánchez e Bertolozzi (2007), a proposta de Ayres (2002) supera o marco do conceito de risco, tradicionalmente empregado no âmbito da Epidemiologia Clássica, pois designa chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico. E

como em saúde se tem utilizado o conceito de "risco" como instrumento de caráter probabilístico para orientar as atividades de intervenção em saúde, as contribuições de Ayres (2001) estão em alertar sobre a necessidade de revisitar a relação entre risco e intervenções em saúde, salientando que os "objetos" em saúde são os sujeitos, e em apontar as limitações do conceito de risco, seu caráter "objetivista" e "analítico-discriminativo".

Segundo Sanches e Bertolozzi (2007), *vulnerabilidade* é um conceito em processo de construção, que supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de "risco", ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos e contextuais, que levam a suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção das pessoas.

Esse último aspecto merece destaque neste trabalho, pela proximidade de nossa maneira de abordar a vulnerabilidade, na qual colhe-se o relato da sua história de adoecimento e de vida num *setting* psicoterapêutico, em que a objetividade cede lugar à realidade psíquica, tal como considerada a partir de Freud e a relação causa-efeito não é mais tida como modelo único, mas é flexibilizada, em proveito da investigação dos processos ou modos de subjetivação, que admitem a sobredeterminação dos processos psíquicos e a presença de fatores sócio-históricos e culturais, muitas vezes incorporados como ideais de eu e supereu.

Também é oportuno destacar que as concepções de vulnerabilidade até aqui apresentadas propõem de modo muito pouco rigoroso as noções de comportamento e desejo. Do ponto de vista do saber psicológico, deixo marcada a posição teórica que sustenta que os processos psíquicos inconscientes como determinantes do comportamento e de expressões de desejo do indivíduo. Se pretendo trazer algo de novo ao debate sobre a epidemia do HIV/Aids, é algo que diz respeito à hipótese freudiana do inconsciente dinâmico e de como ele incide sobre os modos de subjetivação psicopatológicos.

b) Vulnerabilidade feminina ao HIV

Parker e Camargo Jr. (2000), com base nas inúmeras pesquisas realizadas na última década, agruparam os fatores estruturais facilitadores da disseminação do HIV/Aids em três categorias distintas, mas inter-relacionadas: 1 –

(Sub)desenvolvimento econômico e pobreza; 2 – Mobilidade, incluindo migração e trabalho sazonal; e 3 – Desigualdade de gênero.

De acordo com esses autores, os complexos processos de globalização e de reestruturação da economia mundial, característicos do final do século XX, iniciados na década de 1970, bem como a série de transformações subseqüentes nas estruturas das sociedades, comunidades e famílias, são, talvez, os fatores relativos mais importantes a serem buscados na compreensão da evolução global da epidemia do HIV/Aids.

Essas tendências básicas, como ressaltam Parker e Camargo Jr. (2000) também foram identificadas com o que poderia ser descrito como *progressiva feminização da pobreza e da miséria*, referindo-se ao fato de que, embora as mulheres tenham sido incorporadas ao mercado formal de trabalho, as que vivem em situação de pobreza tornam-se cada vez mais excluídas, não apenas devido à opressão baseada em classe, mas também à opressão baseada em gênero.

Tais transformações têm impactado desproporcionalmente a vida das mulheres, mesmo em meio a uma série de ganhos importantes em termos do feminismo e da conquistas de direitos civis e políticos.

O Brasil pode ser visto como uma complexa síntese onde estão virtualmente presentes todos os diferentes fatores socioeconômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionadas ao HIV/Aids, formas variadas de desigualdade e opressão, em conjunto com a variada gama de fatores estruturais e ambientais, combinam-se no território brasileiro para produzir e reproduzir forças sociais que foram identificadas, em âmbito internacional, como motores da epidemia: os movimentos migratórios, a falta de poder das mulheres sujeitas simultaneamente à opressão econômica e de gênero, o encolhimento do mercado formal de trabalho e a desintegração social produzida pelo crime organizado e pelo tráfico de drogas (PARKER E CAMARGO JR., 2000).

Os fatores políticos e econômicos que alavancaram a epidemia de HIV/aids estão também intimamente ligados à organização social das estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres – em especial àquelas dos segmentos de baixa renda – extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV.

No entanto, Bastos (2000) resalta como ponto central da questão da feminização da epidemia de HIV/Aids a questão de gênero. O tratamento desigual dado aos gêneros, em termos políticos, culturais e socioeconômicos, têm uma dimensão macro e microssocial, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais,

relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, tendo lugar nas famílias e parcerias, como também na sociedade, organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores. Com frequência estas desigualdades se superpõem, gerando efeitos sinérgicos, que multiplicam os riscos a que estão submetidas as mulheres. A combinação da violência material e simbólica, da *dupla moral* no que diz respeito à sexualidade de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, e a ausência de canais por onde manifestar queixas e resolver pendências (por diálogo ou via legal) torna mais difícil para a mulher ter acesso à informações adequadas e atualizadas.

As transformações que permeiam a história das mulheres, ao mesmo tempo em que abrem perspectivas para elas, também impõem restrições que justificam a sedimentação de uma interação polarizada entre homens e mulheres, na qual a mulher vem ocupando, por diversos fatores, o papel de submissa. No centro destas motivações está o aspecto econômico. Observa-se que a partir da mudança no modo de produção foi, que tomou impulso o sistema de organização patriarcal que resiste até hoje. Outro dado relevante a ser considerado é a assimetria sexual das expectativas afetivas: enquanto as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade, as mulheres continuam fixadas no aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso, mantendo o casamento como um objetivo primário (REZENDE, 1986; FISCHER E MARQUES, 2001; REIS, 2002).

A difusão das idéias do amor romântico, profundamente envolvida com a transição socioeconômica do século XVIII e início do século XIX, afetou a vida sexual e social, reordenando as condições da vida cotidiana, dentre as quais Giddens (1993) aponta: (1) a criação do lar, a partir das esferas domésticas e públicas; (2) a modificação das relações entre pais e filhos, aliada à diminuição do tamanho das famílias, o que permitiu o controle e cuidado das mães para com os filhos, que passaram a ser vistos como vulneráveis e necessitando de afeto; e (3) a *invenção da maternidade*, com a idealização do papel da mãe. Assim, com a divisão das tarefas de ação, a promoção do amor tornou-se predominantemente função das mulheres, estando associada à subordinação da mulher ao lar e ao isolamento do mundo externo, além da associação do amor com o casamento e com maternidade, funcionando como orientador de conduta, repercutindo no agir moral.

De acordo com Fernández (1994), os mitos e os discursos que a sociedade institui são cristalizações de significados que operam como organizadores de sentido no

agir, pensar e sentir dos homens e mulheres que conformam a sociedade, sustentando a orientação e legitimação de suas instituições. Assim, produzem narrativas morais, religiosas e científicas que legitimam – geralmente naturalizando – as dessimetrias de poder e cumplicidade da mulher diante dessa situação.

De toda forma, esses processos não produzem submissões massivas: cada mulher se insere em certo grau de submissão, porém também organiza, consciente ou inconscientemente, formas de resistência, de contraviolência e contrapoder, sempre no marco das relações gerais de subordinação material, subjetiva e sexual em que se encontram. A partir daí é que terão lugar os sistemas de alianças, as confrontações sutis ou abertas, que caracterizam cada história conjugal ou familiar (FERNÁNDEZ, 1994).

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens. As mulheres são particularmente vulneráveis à contaminação pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher do que vive-versa, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos e às microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual. Esses fatores biológicos, aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não-consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por elas e seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. A vulnerabilidade biológica das mulheres só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social. Dificuldades de negociação do preservativo, baixa percepção de risco, dependência econômica e emocional do parceiro, usar ou ter parceiro usuário de drogas injetáveis, comercialização do sexo, e violência etc, são fatores que facilitam a exposição das mulheres ao HIV (GUIMARÃES, 2001)

Nos dias atuais, vivendo sob a égide da globalização, com as enormes transformações sociais, econômicas, tecnológicas e culturais, as relações entre os sujeitos são perpassadas pela necessidade e desejo de reestruturação de valores e fenômenos sociais diversos. Com a sombra da Aids sobre suas sexualidades, e modos de subjetivação, faz-se de suma importância a escuta e consideração do movimento de compulsão a repetir do sujeito, da erótica pulsional, da circulação das pulsões, neste cenário social palco de mudanças de ordem subjetiva. É nesta perspectiva que devem ser orientadas as pesquisas e intervenções em torno do conceito de vulnerabilidade.

2.6 Aids e Sofrimento psíquico

Neste trabalho, o sofrimento psíquico é abordado a partir da perspectiva da Psicopatologia Fundamental. Esta, segundo Ceccarelli (2005), tem como preocupação contribuir para a redefinição do campo do psicopatológico. E propõe uma reflexão crítica dos modelos existentes e uma discussão dos paradigmas que afetam nossos objetos de pesquisa, nossas teorias e nossas práticas. A Psicopatologia Fundamental reconhece e dialoga com outras leituras presentes na pólis psicopatológica. Trata-se de um projeto de natureza intercientífica e transdisciplinar, em que a comparação epistemológica dos modelos teórico-clínicos e de seus funcionamentos proporciona a ampliação do limite e da operacionalidade de cada um destes modelos e, conseqüentemente, uma transformação destes últimos.

A Psicopatologia Fundamental tem como campo conceitual a Psicanálise, organiza-se em torno daquilo que o sofrimento ensina. Trata-se de resgatar o *páthos*, como paixão, e escutar o sujeito que traz uma voz única a respeito de seu *páthos*, transformando aquilo que causa sofrimento em experiência, em ensinamento interno. Cria-se um discurso sobre as paixões, sobre a passividade, sobre o sofrimento, enfim, sobre o sujeito trágico. Encontramos aqui a essência de Psicopatologia: o conhecimento da paixão, do sofrimento psíquico. O *páthos*, em si, nada ensina conduzindo senão à morte, quando a experiência é, ao mesmo tempo, terapêutica e metapsicológica, estamos no âmbito da Psicopatologia Fundamental (CECCARELLI, 2005).

Segundo Ceccarelli (2005), a Psicopatologia Fundamental, no esteio das posições freudianas, concebe o psiquismo como uma organização que se desenvolveu para proteger o ser humano contra os ataques, internos e externos, que punham sua vida em perigo. O psiquismo é parte integrante do sistema imunológico: da mesma forma que um sujeito pode ser mais suscetível em contrair doenças por possuir um sistema de defesa debilitado, ele pode também estar menos equipado para responder aos ataques, internos (pulsionais, passionais) e externos (mudanças ambientais, perdas diversas), que encontra ao longo da vida e, por conseguinte, “adoecer” psiquicamente.

Considerando então o psiquismo como parte integrante do sistema imunológico, destacamos o que afirma Moreira (2002): um fato clínico dos mais graves entre os observados é que, após a comunicação ao paciente de um diagnóstico de Aids, a evolução a óbito se dá em curto espaço de tempo e, em alguns desses casos, encontra-se sintomatologia melancólica evidente.

Moreira (2002) afirma que o diagnóstico de depressão na presença da Imunodeficiência Adquirida é problemático, no sentido de que os sintomas somáticos comumente utilizados para fazer esse diagnóstico também podem ser conseqüentes ao processo patológico primário subjacente. Astenia, emagrecimento, insônia e anorexia constituem sintomas comuns utilizados para a diferenciação da depressão profunda de formas menos graves, mas também são queixas comuns nos pacientes de Aids. Essa autora nos chama atenção para a importância de fazer um diagnóstico diferencial entre Aids e depressão.

Montagneir (1995), pesquisador francês que identificou o vírus HIV-trabalhando a partir de dados experimentais, laboratoriais e clínicos, assegura que entre as incógnitas que persistem na história dessa doença, pode-se perguntar: por que doentes dotados de condições imunitárias comparáveis evoluem de maneira distinta e depois respondem também de maneira diferente ao tratamento? Por que se encontram poucos vírus em certos doentes, mesmo já com Aids. Para esse autor, todas estas interrogações sugerem que talvez diferentes co-fatores intervenham no curso do desenvolvimento da doença.

Segundo Montaigner (1995), apesar de não ser fácil especificar os vínculos que unem o *stress* e a inquietação ao sistema imunitário, são numerosos os casos em que o anúncio de uma infecção, da morte de uma pessoa próxima ou, ainda, de um episódio depressivo, provocaram uma queda da taxa de linfócitos t4, o que significa, em outros termos, diminuição da imunocompetência do sistema imunológico. Ressalta que é preciso prevenir a instauração de um círculo vicioso: anorexia, estado depressivo, déficit imunitário, atrofia das vilosidades intestinais. O emagrecimento não tem conseqüências apenas físicas; tem também um impacto psicológico sobre o paciente, que se sente tão mais doente quanto mais emagrece, e sobre seu círculo de relações, que já não o vê senão como doente.

De acordo com Moreira (2002), isso parece suficiente para atestar parte das dificuldades de diagnóstico diferencial entre os estados depressivos e Aids. E pode permitir destacar o valor do método psicanalítico no atendimento desses pacientes; mais do que nunca, a relevância da concepção freudiana de melancolia pode ser observada, uma vez que, precisamente, a redução da auto-estima mostra-se útil como critério para o diagnóstico diferencial de sintomatologia melancólica na presença da patologia orgânica.

Moreira (2002), investigando a relação entre Aids e melancolia e estados depressivos, revela, a partir da escuta realizada com pacientes vivendo com Aids, não ser a depressão, mas a melancolia, a afecção psíquica responsável por um aumento da insuficiência imunológica. Neste sentido, pacientes deprimidos não melancólicos não apresentam variação notável na suficiência imunológica. Entretanto em pacientes reconhecidamente melancólicos, é nítida a vulnerabilidade à ação do vírus. Esta constatação clínica possui importante conseqüência metapsicológica: a distinção entre depressão e melancolia, solicitando a formulação de dois campos semânticos precisos. Enquanto a primeira é um estado que afeta todas as estruturas psicopatológicas, a segunda é uma neurose narcísica autodestrutiva. Apesar de a melancolia apresentar depressão, não pode nem deve ser confundida com este estado, pois isso pode provocar graves conseqüências clínicas.

De acordo Birman (1994), no imaginário contemporâneo, a Aids já se colocou sob o signo do funesto: a equação Aids = morte. Esta equação, para Moreira (2002), está demasiadamente instalada para suscitar temores, mas possui o guia de realidade necessário para que não possa ser evitada.

Birman (1994), no que diz respeito às diferenças entre as representações das clássicas doenças venéreas e a Aids, destaca que em ambas se teceram as relações invisíveis entre as figuras da sexualidade e morte. Porém enquanto na primeira a morte é considerada como uma conseqüência mediata e tardia da volúpia sexual; na segunda, a morte é a conseqüência imediata do desejo sexual, sendo, pois, a possibilidade intrínseca e fatal de uma determinada escolha sexual. A relação entre as figuras da sexualidade e da morte perde sua dimensão relativa como nas doenças venéreas clássicas e atinge o nível do absoluto na situação da Aids.

Para Moreira (2002), vale pensar sobre o fato de que, sendo o ego corporal na sugestiva formulação freudiana, é preciso uma escuta atenta para as representações possíveis do conflito entre os desejos de viver e morrer, as fantasias de estar sendo atacado de dentro pelas pulsões que compelem todo o ser humano a permanecer vivo e a retornar ao estado inorgânico.

Segundo Berlinck (2000), o corpo humano, incluindo obviamente o aparelho psíquico – já que este não se distingue daquele – pode ser visto como um território a ser protegido de invasores virulentos indesejáveis. Combatê-los requer recursos psíquicos que podem aparentemente coincidir com o individualismo, mas que não são necessariamente individualistas. Dentre estes recursos, está a fantasia que cada sujeito

tem a respeito de seu corpo; estes recursos são úteis para aumentar ou diminuir a insuficiência imunológica e proteger ou não o corpo contra ataques virulentos externos.

Dentre esses recursos gostaria de destacar a fantasia que cada sujeito tem a respeito da posse de seu corpo como campo, enquanto território com recursos naturais. No Ocidente, graças a uma velha tradição, é comum ocorrer um tal desconhecimento a respeito do próprio corpo. Esse desconhecimento é campo fértil para fantasias melancólicas que enfraquecem sobremaneira as defesas a ataques virulentos externos. Fantasias que produzem representações frágeis e pobres do próprio corpo são equivalentes a fantasias maníacas que contêm uma concepção onipotente do corpo. Essas fantasias inconscientes que revelam um desconhecimento, uma falta de intimidade com o corpo e, até mesmo, uma recusa do reconhecimento da existência do corpo são, muitas vezes, responsáveis pela Insuficiência Imunológica a ataques virulentos externos (p.189).

Portanto, também é preciso oferecer uma escuta às ansiedades geradas pela representação de estar sendo atacado por um microrganismo que, na fantasia, quase parece fazer parte do ego, na medida em que tem se constituído um imaginário que imobiliza os sujeitos em novas figuras identitárias de “soropositivo” e “aidético”. Essa nova figura de “aidético” do imaginário parece criar uma identidade insuportável, pois parece um dado clínico importante às fantasias, que se configuram como a de um condenado, alguém a quem a sentença fatal foi proferida. Assim, há importante perda narcísica diante da representação de ser portador de um vírus mortal. Tratando-se, em alguns casos, da perda de toda a representação identitária (MOREIRA, 2002).

CAPITULO 3

3 OS ESTUDOS MULTI-INTER-TRANS-DISCIPLINARES, DE GÊNERO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS

Concordamos com Queiroz (2002) quando ressalta a impossibilidade de abordar a problemática da saúde a partir de uma só disciplina, um só campo e, sendo a Aids uma pandemia que se associa à sexualidade, suscitando temores e fantasias, o desejo de visitar a produção de conhecimento de outros campos foi em mim suscitado, campos como o da sociologia, da saúde coletiva e da antropologia, com fins de estabelecer um possível diálogo, o que se mostrou uma viagem de descoberta, de desafios, pois nos deparamos com um “arsenal” de problemas, números, categorias que revelam a nossa incessante dificuldade enquanto pesquisadores de lidar com o que é da ordem do sexual, e da ordem do que dizima e mata, desvelando o *pathós* daqueles que falam de seu sofrimento nas pesquisas, mas também dos estudiosos.

a) Gênero

De acordo com Roudinesco (2003), o termo “gênero”, derivado do latim *genus*, é utilizado habitualmente para designar uma categoria qualquer – classe, grupo, família – apresentando os mesmos sinais de pertencimento. Em numerosos trabalhos contemporâneos, designa-se por sexo o que deriva do corpo sexuado (masculino/feminino) e por “gênero” o que se reporta à significação sexual do corpo na sociedade (masculinidade ou feminilidade).

Segundo Roudinesco (2003) há diversas formas de abordar relações de dominação ou desigualdades entre homens e mulheres. Se nos situarmos do ponto de vista do corpo, o homem e a mulher são seres biológicos, e de sua diferença anatômica depende sua posição social. O gênero – ou identidade sexual – é então determinado em função dessa diferença. Porém se privilegiarmos o gênero em detrimento da diferença biológica, relativizaremos esta última e valorizaremos uma outra diferença entre os homens e as mulheres, uma diferença dita cultural ou identitária, determinada pelo lugar que ocupam na sociedade. No primeiro caso, divide-se a humanidade em dois pólos sexuais – os homens de um lado, as mulheres de outro – ; e no segundo, multiplicam-se ao infinito as diferenças sociais e identitárias, sustentando que os homens e as mulheres entram, do ponto de vista biológico, na categoria de gênero sexuado, uma vez que, se ambos têm um sexo, a diferença sexual conta menos, para a sociedade, que

outras diferenças como a cor da pele, o pertencimento de classe, os costumes, a idade, a origem “étnica” ou ainda o papel escolhido para representar entre seus semelhantes.

Para a historiadora Joan Scott (1990), gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. Estas diferenças se fundam em símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas e mitos. Para essa autora, a partir do gênero pode-se perceber a organização concreta e simbólica da vida social e as conexões de poder nas relações entre os sexos; o seu estudo é um meio de decodificar e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana.

Nicolau (2000) destaca que é fato que homens e mulheres são diferentes desde o anatômico, aparente, até o psíquico, latente, passando pelas manifestações disso nos domínios socioeconômicos e familiar. A Psicanálise, entretanto, mergulha da superfície das diferenciações anatômicas homem-mulher para as “profundezas” das conseqüências psíquicas, ou seja, em Psicanálise é melhor falarmos em Masculino-Feminino cujas ressonâncias vão além de ser homem ou mulher, mas são questões vinculadas à própria constituição do sujeito. Assim, discutir sobre gênero em Psicanálise passa por questões relacionadas à constituição do sujeito, este que se constitui nos limites da triangulação edípica. Habitante do desejo do outro e produtor de seu teatro particular, o sujeito se vê, desde a ontogênese, entre masculino e feminino e é a partir desse território que se posicionará diante da vida, repetindo inclusive, em parte, os *scripts* da história de seus ancestrais.

Para Kehl (1998), é a partir da travessia edípica que nos tornamos sexuados, marcados pela identificação aos padrões e ideais considerados próprios ao gênero e que nos garantirão a pertinência imaginária a um grande subgrupo humano – dos homens ou das mulheres, obra que não se dá sem o sacrifício de algumas possibilidades de satisfação da pulsão – entre outras, as possibilidades bissexuais, primárias no ser humano. Mas ao mesmo tempo em que nossa condição de seres de linguagem nos inscreve obrigatoriamente num grupo marcado por algumas mínimas características comuns, a Psicanálise não pensa esta pertinência como garantia de identidade. A mesma travessia que produz nossa identificação ao gênero produz também a diferença irreduzível de cada sujeito, ela se expressa na singularidade de nossos desejos, marcado entre outras coisas pela posição única, para cada sujeito na ordem familiar, pelo que representamos no inconsciente dos nossos pais, pelo que

herdamos de gerações passadas, por todas as injunções discursivas que nos atravessam desde o nascimento.

Antes de qualquer outra constituição subjetiva, somos identificados como homens e mulheres a partir de nossos corpos. Aqui, e somente até aqui, é possível aceitar a assertiva freudiana – “a anatomia é o destino”. As características sexuais anatômicas nos permitem diferenciar os sujeitos quanto ao gênero – homem ou mulher, conceito que inclui o sexo biológico, investido dos valores e atributos que a cultura lhe confere. Diferente do gênero, mas articulada a ele, temos a posição do sujeito no discurso, da ordem do simbólico – como sujeito ou objeto do discurso, o que corresponde à diferenciação freudiana fundamental de ‘ativo’ e ‘passivo’ para as posições ditas masculina e femininas.

Por fim, no plano imaginário temos a masculinidade e a feminilidade, compostas pelas 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: acreditar-se portador de um falo, por exemplo, e desejar com isto satisfazer, completar, aquela cujo corpo parece garantir que a castração está só do lado das mulheres, é uma composição típica da “masculinidade”. Do outro lado, a feminilidade organiza-se em torno do imaginário da falta; na feminilidade, a mulher não tem o falo; ela se oferece para ser tomada como falo, a partir da falta absoluta, do qual só o desejo de um homem pode resgatá-la. Para a autora, a relação de cada sujeito com este trinômio é móvel e singular. Deste modo, podemos falar em homens-homossexuais-femininos, ou mulheres masculinas porém heterossexuais, ou em outras diversas combinações.

a) Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade:

A fim de orientar a leitura da feminização da epidemia, termo que vem circulado entre diferentes disciplinas, é necessário delimitar em que consistem os campos multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares.

Segundo País (1996), o campo da multidisciplinaridade consiste em unificar o objeto do saber por meio de superposição de conhecimentos, estabelecendo limites claros sobre cada campo do conhecimento, havendo, portanto, uma agregação de conhecimentos parciais.

A interdisciplinaridade, por sua vez, evita a justaposição de saberes singulares entre si, pois aposta num espaço comum em que o conhecimento não se esgota em sua própria identidade e vai além, numa articulação mais abrangente. Para que isso

aconteça, convém a cada especialista tornar-se capaz de transcender as fronteiras de seus domínios epistêmicos e se arriscar a escutar outros estudos. Portanto se há possibilidade de abordar a problemática de saúde desde uma só disciplina e se a interdisciplinaridade abre a possibilidade de um campo comum onde cada pesquisador deverá ser capaz de transcender seus domínios, cada posição deve ser entendida numa referência discursiva (QUEIROZ, 2002).

A transdisciplinaridade constitui uma comunidade discursiva que integra conhecimentos especiais e singulares numa rede de significações mais ampla na qual cada especialidade ou disciplina aporta suas diferenças, pondo em evidência uma concepção ética comum que recoloca as éticas particulares. Assim a novidade da posição transdisciplinar está em se sustentar numa concepção ética própria que percorre todos os saberes particulares e permita a abertura de um campo discursivo capaz de produzir interação, transporte e construções metafóricas (QUEIROZ, 2002).

É nesse último sentido que nos situamos no campo da Psicanálise, e, da psicopatologia fundamental, onde o que importa é a investigação do sofrimento psíquico, do *pathós* em uma perspectiva de *ethos*, ou seja, na perspectiva de se deixar habitar pela paixão do outro, em seu excesso, e em seu desejo de acolhimento, que, afinal, é permitido pela psicoterapia.

c) Os estudos

Objetivando discutir acerca da feminização da epidemia do HIV/Aids em mulheres sem parceria fixa, trabalhadoras do sexo ou não, optei por incluir estudos que se refiram a mulheres com parceria fixa, assim como os estudos que investigam a vulnerabilidade em homens. Minha justificativa para tanto está pautada, na forma como Freud considera as formas de inscrição do masculino e feminino na constituição da subjetividade do sujeito humano, pois, segundo ele,

À proporção que masculino e feminino se misturam num indivíduo, está sujeita a flutuações muito amplas (...) e aquilo que constitui a masculinidade ou feminilidade é uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia (FREUD, 1933, p. 23)

Assim como na atual abordagem dos estudos de gênero em que a sexualidade só pode ser entendida no contexto dos encontros/ desencontros, construções/desconstruções entre os gêneros, inseridos e atravessados pelas referências de sua cultura. Neste sentido, sem pretender fazer uma leitura psicanalítica desses

estudos, propomos uma visitação aos textos, autores, problemas e teorias na busca de material para novas interrogações.

Para tanto, busquei extrair dos estudos apresentados, além das categorias e números, alguns fragmentos de falas dos entrevistados, às vezes colocados em segundo plano nas apresentações das pesquisas, o que para nós veio enriquecer a discussão, mostrando outra visão da epidemia, perdida, muitas vezes, nas categorias e quantificações. Ressalto que não se trata aqui de assinalar oposição, pois tais quantificações se mostram essenciais no contexto da Aids, para a formulação de políticas públicas, mas apontar uma visitação pinçando o que temos de mais valioso, o discurso daquele que sofre, e em seu sofrimento sinaliza: não sou apenas mais um, sou um.

3.1 Estudos com mulheres com e sem parceria fixa

“Agente nunca usava a camisinha, eu confiava no meu marido, agora ele está morrendo de Aids e eu esperando o resultado do meu exame” (Célia, casada, 31 anos)

O fragmento acima foi extraído de um dos atendimentos por mim realizados, na enfermaria de SIDA do HUIBB, com Célia, uma mulher de 31 anos, que acompanhava seu marido, doente de Aids. O marido era professor do ensino fundamental de uma cidade do interior do Pará, e estava casada com ele há dez anos, com quem teve três filhos. O atendimento foi realizado por um período de quatro meses. Dentre os conteúdos trazidos por Célia em nossos encontros, estava à angústia diante do grave estado do marido e com a possibilidade de ter sido contaminada por este, falar de infidelidade implicava intenso sofrimento, e nos períodos em que o quadro de saúde do marido se agravava, esta ficava silenciosa. Mas Célia conseguiu falar de seu medo e de sua resistência de pegar o resultado do seu segundo teste anti-HIV. Suas idas com o intuito de receber o resultado do exame eram adiadas dia após dia, justificadas por ela pela piora do estado de saúde do marido, o qual não podia deixar sozinho. Com o decorrer do atendimento, Célia pôde falar que nunca imaginou ter sido traída, casou-se virgem e este foi seu único parceiro. Este fragmento foi destacado com o intuito de ressaltar que os problemas e interrogações enfrentados pelos pesquisadores de outros campos com quem iremos dialogar compõem também no cotidiano de minha clínica com pacientes doentes de Aids. Vamos a uma breve revisão da literatura pertinente à problemática de nosso trabalho.

Paiva *et al.*, (2002), no estudo intitulado *Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo*, entrevistaram 1.068 mulheres vivendo com Aids, com ou sem parceria fixa, com 18 anos ou mais, tendo como um dos objetivos descrever aspectos de sua vida sexual e reprodutiva. Encontraram como resultados que, no que se refere ao uso de camisinha, das mulheres que têm parceiro estável, 63% usam camisinha em todas as relações sexuais, o triplo da média nacional. Quanto aos motivos para o uso ou não do preservativo, um terço delas respondeu que usava o preservativo pensando em reinfecção, e a maioria indicou como razão para usar o preservativo a proteção do parceiro. A maioria das mulheres que não usava o preservativo frequentemente afirmou que o parceiro não “gostava de usar” (61%) ou que “ela não gostava de usar” (17%) e muitas entrevistadas alegaram “esquecimento” (12%), somente quatro mulheres alegaram dificuldade de acesso ao preservativo e seis comentaram que não sabiam que era necessário usar, além de três mulheres que não usavam porque não conseguiam comunicar ao parceiro que são portadoras e tinham dificuldades de convencê-lo. Poucas mulheres (28%) indicaram a dupla-proteção (contra o HIV e a gravidez ao mesmo tempo) como motivo para usar a camisinha.

Porque eu acho que é um crime você saber que tem a doença e ir para cama com alguém que não tem.

Mesmo sendo os dois HIV positivos, o médico orientou para não aumentar os vírus.

Porque sou consciente, mas tem homem que não quer usar, aí tira! Fazer o quê?.

Quando vi, já foi...

Meu marido não quer saber de usar. Não consigo mais sentir prazer por isso.

Ele perde a ereção se usar.

Eu creio em Deus. Nós não vamos morrer por causa disso.

Meu marido não aceita, é briga na certa!.

(PAIVA *et al.* , 2002, p. 08)

Nessa pesquisa, no que se refere à sorologia dos parceiros, 43% dos parceiros são HIV negativo e 14% têm sorologia desconhecida. No que diz respeito à forma de contaminação, entre as mulheres na faixa etária de 18 a 24 anos, é notório o fato de não saberem como se infectaram; a maioria das entrevistadas declarou que foi infectada pelo parceiro fixo (722 mulheres, entre as quais 240 por parceiro usuário de drogas), 7% porque compartilharam seringas, 3% porque receberam sangue contaminado. Quando indagadas se esperavam receber um resultado positivo para o HIV, quase dois terços das entrevistadas declararam que pensavam jamais estarem contaminadas no momento em

que receberam o diagnóstico. O número de casais com sorologia discordante foi elevado; 24% das mulheres entrevistadas indicaram um parceiro que é HIV negativo e a mesma proporção referiu que o parceiro é HIV positivo (24%) (PAIVA *et al.*, 2002).

Segundo Paiva *et al.*, (2002), neste estudo as mulheres foram indagadas acerca de *suas atividades sexuais*, e a maioria indicou “piora” logo após o diagnóstico e em seguida se adaptaram. Algumas mulheres indicaram que a vida sexual “até melhorou” (8%) depois do diagnóstico, sendo que para 24% delas não houve mudanças.

No início do diagnóstico, teve aquele impacto, daí ficou diferente, meu marido ficou doente... muito doente! Não tinha como ter relação sexual, depois de mais ou menos dois anos, com a ajuda da psicóloga, voltou a ser normal. Não pode ser sem camisinha, mas acostuma e é diferente. ... quando você fica sabendo, você acha que vai morrer amanhã, então... você perde o interesse (sexual)... mas depois você sabe que é igual, que é só usar o preservativo, e tudo bem...daí melhorou".

(PAIVA *et al.* , 2002, p. 09)

Paiva *et al.*, (2002) verificaram ainda na referida pesquisa que o sentimento de que a camisinha atrapalha, mudando para pior a vida sexual depois do diagnóstico, surgiu em 10% das respostas. Muitas (6%) informaram que demoraram, mas se acostumaram (6%). A camisinha nesse contexto de dificuldades não aparece como fator protetor, mas como mais um complicador para o relacionamento sexual, recusada por muitos homens que sabem que elas são portadoras, ou presente no espaço mais íntimo do casal para lembrar-lhes de algo que querem esquecer.

Ficou diferente porque não vou ter relações sem camisinha, aí o cidadão acha ruim e acaba não tendo sexo!
A única pessoa que arrumei após o resultado não teve estrutura para ficar comigo. Ia para o banheiro e se esfregava muito tempo, como para se limpar de alguma coisa.

(PAIVA *et al.* , 2002, p. 10)

No referido estudo, muitas mulheres indicaram que elas (16%) ou o parceiro (2%) *perderam o desejo*. O *medo* também é um dos motivos alegados para a vida sexual piorar, pois 15% delas relataram: medo de engravidar, de infectar o parceiro, aumentar a carga viral, receio de o preservativo se romper, de se envolver afetivamente. A dificuldade para encontrar um parceiro (ressaltada por 1% delas) combina o medo de revelar o diagnóstico e da rejeição do parceiro, que contribui para a solidão, paralisia, depressão. Algumas acharam que por serem portadoras do HIV não podem mais ter vida sexual (2%), e um número significativo delas comentou que parou de fazer sexo depois do diagnóstico (16%).

...antigamente eu era uma pessoa feliz, hoje eu tenho medo, vergonha de mostrar o corpo e resolvi não ter mais nada há dois anos, hoje eu criei raiva... foi através disso (vida sexual)... que eu peguei AIDS!

...Porque eu estou desse jeito, nada mais tem para fazer, minha vida acabou por aqui, não quero mais parceiros....

(PAIVA *et al.*, 2002, p. 11)

Jiménez *et al.*, (2001), em estudo descritivo realizado em Campinas, São Paulo, intitulado *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas*, com 635 adolescentes e mulheres, divididos em dois grupos conforme faixa etária: adolescentes de 15 a 19 anos e mulheres de 20 a 45 anos. Objetivando investigar a adoção de comportamentos por mulheres para proteção das DSTs, tal como a associação destes a variáveis socioeconômicas e demográficas, verificaram como resultados que, quanto à frequência do uso do preservativo, a grande maioria das mulheres não se prevenia das DSTs. Dentre as mulheres de baixa renda, 70% relataram não usar preservativo nunca, e, dentre aquelas de status socioeconômico médio/alto, 80% relataram nunca usar o preservativo. Dentre as adolescentes de baixa renda, 64% relataram não usar nunca o preservativo e dentre as de status socioeconômico médio/alto, o não uso foi relatado por 80% das adolescentes. Independentemente do status socioeconômico, a prevalência do uso do preservativo foi de aproximadamente o dobro nas adolescentes quando comparadas com as adultas. Quanto aos motivos para o não uso do preservativo, o de maior percentagem foi ter um só parceiro e confiarem nele, apontado por 80% das mulheres de baixa renda e por 95% das de nível socioeconômico médio/alto; o mesmo motivo foi apontado pelas adolescentes de baixa renda: 64% pelas de nível socioeconômico baixo e 85% pelas de nível socioeconômico médio/alto. Os pesquisadores chamam atenção para a associação negativa no que se refere à vulnerabilidade as DSTs e Aids entre ter parceiro fixo e uso de preservativo, assim como apontam que o uso de preservativo referido pelas adolescentes revelam que elas e seus companheiros estão menos vulneráveis aos DSTs do que as mulheres na faixa entre 20 a 45 anos que participaram da pesquisa, indicando que, se forem realizadas intervenções com as adolescentes, teremos melhores perspectivas em relação à prevenção de DSTs/Aids.

Fernandes *et al.*, (2000), na pesquisa intitulada *Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual*, realizada em seis Centros de Saúde pertencentes à Rede

Municipal de Campinas, com 249 mulheres que foram entrevistadas enquanto aguardavam atendimento ginecológico ou obstétrico, encontraram como resultado que, dentre as entrevistadas, 10% disseram usar a camisinha, 8% relataram uso freqüente e 72% disseram que não estavam usando o preservativo. Entre as justificativas para o não uso, 27% delas responderam que não o usavam por estarem grávidas; 11 %, em razão de terem parceiro fixo e 19%, por estarem usando outro método anticoncepcional. Os pesquisadores concluíram que as mulheres não optam pelo uso da camisinha para a prevenção de DST/Aids, utilizando-a, em geral, com a intenção de contracepção.

Nascimento *et al.*, (2005), no estudo *Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempos de Aids*, realizada com objetivo de compreender a representação social que mulheres casadas, de baixa renda, possuem acerca da Aids, entrevistaram 16 mulheres residentes em Camaragibe, cidade vizinha de Recife. Esses pesquisadores encontraram como resultados: um aumento da vulnerabilidade feminina diante da infecção pelo HIV/Aids, baseado na representação social que essas mulheres têm da doença, visto que suas percepções acabam por lhes fornecer uma falsa sensação de imunidade por serem casadas, por estas não se encaixarem no perfil que imaginam como sendo de quem apresenta o vírus ou a própria doença: mulheres solteiras, mulheres com relações extraconjugais, prostitutas e homens que fazem sexo com outros homens.

Porque quem usa camisinha é mulher que gosta de botar ponta no marido, que é pro marido não descobrir.

(NASCIMENTO *et al.*, 2005, p. 11)

Segundo os pesquisadores, essas mulheres tinham pouco conhecimento acerca das formas de transmissão da doença, sendo a Aids para elas um mal distante, e que, se próximo, não lhes pertence, se lhes pertence é legitimado por ser “obra de Deus” ou por ser o próprio papel da esposa, pois a Aids e as DSTs foram representadas como “doenças de mulher”. A infidelidade conjugal por parte dos homens é considerada natural por estas mulheres, “coisa de homem”. A eles é atribuído desejo “incontrolável” de manter relações sexuais, já para elas as relações sexuais são tidas como “obrigação da esposa”. Como conclusões, os pesquisadores destacaram que tais mulheres apresentam-se vulneráveis às DSTs e Aids, principalmente porque suas relações afetivo-sexuais são ditadas pelas relações de poder desigual entre os gêneros.

Giacomozzi e Camargo (2004), na pesquisa *Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da Aids*, objetivando investigar como as mulheres com relacionamento fixo elaboram suas

representações sociais sobre a Aids e se isso tem repercussão nas práticas de prevenção à doença, encontraram como resultados que as mulheres mostram-se conhecedoras da doença e informadas acerca de práticas preventivas, não apresentando, porém, o uso do preservativo no seu relacionamento conjugal em virtude de um sentimento de segurança no casamento e da confiança no parceiro. O risco é projetado e atribuído às pessoas que não têm parceria fixa, àqueles que não pertencem ao seu grupo.

Mas casada com um homem fiel e de confiança em um casamento seguro, não tem risco. Sinto-me sexualmente prevenida, mas eu sei que em uma transfusão de sangue posso pegar Aids além de outras formas, então não posso me sentir totalmente prevenida, mas com relação a meu marido em casa, estou totalmente segura (Entrevistada, 21 anos, casada há 2 anos).

Então eu sinto que no meu casamento eu estou mais segura e mais protegida, de repente se eu fosse solteira hoje e meu namorado tivesse relação comigo e com outras pessoas, daí sim eu correria risco de contrair Aids (Entrevistada, 31 anos, casada há 12 anos).

(GIACOMOZZI E CAMARGO, 2004, p. 37 e 38)

Os referidos pesquisadores ressaltaram que essas mulheres associam a infidelidade e multiplicidade de parceiras ao universo masculino, referindo-se aos homens em geral como sendo “traidores” em potencial, mas quando falavam dos seus maridos, asseguravam que eles eram diferente dos demais, relatando confiança e a certeza de que eles não têm relações extraconjugais. Essa certeza é atribuída ao fato de o marido não ir a nenhum lugar sem a esposa e o casal não brigar. Para elas, é importante que se garanta a fidelidade dentro da relação conjugal. Ela pode ser comprovada, segundo essas mulheres, por hábitos, como o de ir da casa para o trabalho e vice-versa. A desconfiança aparece relacionada a brigas dentro do casamento (GIACOMOZZI E CAMARGO, 2004).

Acho que a proteção depende do casamento, porque tem muito marido por aí que tem mulher fora, na rua, então cada caso é um caso. Eu sei de muitos casos que o marido tem a mulher em casa e tem mulher na rua também. Então a mulher dele tem que se prevenir e usar a camisinha (Entrevistada, 34 anos, casada há 7 anos).

Sempre conversamos sobre isso; às vezes, quando a gente aborda o assunto de que aconteceu uma traição em um casal, nós achamos terrível e sabemos que com a gente não vai acontecer, porque confiamos um no outro (Entrevistada, 31 anos, casada há 12 anos).

Então eu também sei que ele não faz isso (referindo-se à traição), não sai com os amigos. Ele vai do serviço para casa ou vai à academia treinar, perto de casa também. Eu confio nele por isso. E por isso a gente não briga, porque não tem desconfiança, a confiança é muito boa para o casamento (Entrevistada, 31 anos, casada há 12 anos).

Ele confia em mim porque eu não trabalho, fico em casa e só saio uma vez por mês para vir na casa da minha família. E ele, quando não trabalha, fica em casa direto ou vem aqui para a casa da minha família no pantanal. Ele é quieto, não gosta de bagunça, nem nas festas de família nós vamos, somos bem parados mesmo (Entrevistada, segundo casamento, 30 anos).

(GIACOMOZZI E CAMARGO, 2004. p. 39 e 40)

De acordo com Giacomozzi e Camargo (2004), para as mulheres entrevistadas, a prevenção da Aids foi relatada como fundamental, porém elas não se previnem em função de acreditarem estar protegidas dentro de seus casamentos. Essas mulheres formularam a associação traição/contágio tendo como sujeitos principais os homens, porém percebiam seus companheiros como diferentes.

Guilhem (2005), na pesquisa intitulada *Escravos do Risco: Bioética, Mulheres e Aids* realizada com dois grupos de pessoas: gestantes cadastradas em programas de acompanhamento pré-natal e equipes de saúde que as assistiam, objetivou analisar os componentes morais relacionados à mudança do perfil epidemiológico de gênero da epidemia do HIV/Aids. Obteve como resultado que a principal causa de exposição ao risco entre mulheres são os valores morais relacionados à conjugalidade, na qual a crença na segurança do casamento é o fator que mais intensamente as expõe a um estado permanente de vulnerabilidade. Suas conclusões são de que, no atual momento da epidemia, a confluência entre valores morais e conjugalidade transforma as mulheres em escravas do risco.

**“Sou portadora do HIV há seis anos e nunca falei para ninguém que tenho o vírus”
(Alice caso clínico II).**

Selli e Chechin (2005), na pesquisa intitulado *Mulheres HIV/ Aids: Silenciamento, dor moral e saúde coletiva*, objetivando conhecer os motivos que levam mulheres infectadas pelo HIV/Aids ao silenciamento da doença e identificar até que ponto estabelecem relações de significados entre o silêncio e a saúde da coletividade, entrevistaram 18 mulheres casadas entre 20 e 40 anos do município de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul. Obtiveram como resultados que as mulheres foram contaminadas em relações heterossexuais e que a *crença na fidelidade* do parceiro e a negação da possibilidade de ter um parceiro infiel influenciam sobremaneira a atitude silenciosa das mulheres.

Eu não queria desconfiar dele, ele não é pulador de cerca, mas no dia que pulou pegou.
Não posso crer, eu tentei apostar em um casamento que não dava em nada (...) abala toda a estrutura.

(SELLI E CHECHIN, 2005, p. 10)

De acordo com Selli e Chechin (2005), o medo do “abandono”, o “medo do outro”, o “medo da própria imagem” quando do aparecimento dos sintomas e diante das outras pessoas, levam essas mulheres a esconder, a silenciar sobre a doença, e seus diferentes significados reforçam, nelas a atitude silenciosa. Esse silêncio está relacionado aos significados de “imoralidade”, atribuídos ao HIV/Aids pela sociedade desde o surgimento da doença. O silêncio das mulheres é forçado e reforçado pelos estereótipos construídos em torno da doença que ainda nos dias de hoje, é relacionada à moral, o que implica que aquele que tem a Aids é tido como promíscuo e imoral.

Eles (pessoas) perguntam para mim se tenho (Aids) e eu digo que não tenho (...) tenho preconceito contra mim, me discrimino (...) só me sinto mal de não poder falar dos meus medos.

Tem que calar pra si (o diagnóstico do HIV) tem que agüentar firme, sabe, porque tem muito preconceito.

O que vão pensar de mim? Eu sempre fui muito certinha, sei que não tive culpa de pegar (Aids), é uma dor que dói lá dentro. Não sei o que vai ser de mim.

(SELLI E CHECHIN, 2005, p. 10)

Segundo Selli e Chechin (2005), a postura dessas mulheres como “ingênuas”, assim elas se definiam na relação com os maridos diante das promessas de fidelidades e a aceitação silenciosa da contaminação, também questionam o problema do contágio/transmissão enganoso e ressaltam a necessidade de uma reflexão sobre o respeito ao direito do outro de ter sua saúde preservada.

Peguei na relação com o meu ex-marido. Ele me enganou, não me deixou escolher. Se eu soubesse poderia decidir se eu queria pegar ou não a doença. Seria uma escolha minha e ele não deixou escolher.

(SELLI E CHECHIN, 2005, p. 10)

O ponto chave evidenciado nessa pesquisa, segundo as autoras, está relacionado aos estereótipos construídos em relação à doença, que ainda exercem influência sobre as pessoas contaminadas e sobre a sociedade. O medo do desvelamento da doença transmitida pelo parceiro exerce influência nas mulheres, mantendo-as no silêncio sobre suas dúvidas, aprisionadas em sua dor. Prevalece entre as mulheres a ilusão da “certeza” sobre o compromisso de fidelidade conjugal estabelecida entre ela e seu parceiro (SELLI E CHECHIN, 2005).

O silenciamento diante da contaminação por parte do parceiro é freqüentemente escutado por mim na clínica com pacientes doentes de Aids, como exemplificado no

fragmento de fala de Célia, que revela seu intenso sofrimento psíquico, os mecanismos de defesa envolvidos, como a negação, e um funcionamento masoquista.

Pesquisas como as realizadas por Guimarães (1998), Selli e Chechin, (2005), Carvalho (1998), Tura (1998), Madeira (1998) destacam que o silêncio diante da suspeita da doença e a demora na busca da investigação dos sintomas, em parte, são influenciados pelo medo, pela negação da possibilidade de ter um “parceiro infiel”. A infidelidade masculina, visivelmente mascarada pelas mulheres, está presente nas suas falas, constituindo uma das principais causas do silêncio. Admitir que o parceiro é infiel implica fazer frente à situação e assumir as desvantagens socialmente construídas nas relações de gênero.

Rieth e Leal (1997) constataram que a tendência de usar preservativo é maior na relação sexual com parceiros eventuais, quando a relação ainda não está ancorada em compromisso de fidelidade e de namoro identificado pelos pares como tal. No momento da mudança do *ficar* para o *namorar*, a mulher opta por um método contraceptivo oral e deixa de exigir o preservativo.

“Se o homem tivesse a camisinha agente usava, mas se não tivesse não pedia, eu não queria que ele pensasse que eu era uma qualquer, uma mulher da vida, uma prostituta”(Dinah- Fragmento de caso clínico I)

Carvalho (2003), em *O amor que rouba os sonhos: Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*, que teve por objetivo investigar os aspectos referentes à exposição e contaminação feminina pelo vírus da Aids, destaca que, suas informantes, demonstravam ter informações precisas acerca do uso da camisinha como forma de prevenção do HIV, e em certas ocasiões exigiam o seu uso, porém desistiam de usá-la ao se depararem com as resistências dos homens, e quando percebiam o incômodo masculino por seu pedido e por sua informação, sendo assim acabavam cedendo, com medo de perder o parceiro.

(...) quando a relação é de homem e mulher, a camisinha complica um pouco, quer dizer, é o que eu vivi nesse último relacionamento que eu tive. Foi um grande problema, no início, usar a camisinha, porque ele não queria, não conseguia usar. Ele não gostava da condição de eu dizer que tinha que usar (...) mas eu desconfio que era o fato de eu impor uma condição. Isso é uma desconfiança, mas havia um fato. Ele não conseguia. Eu cheguei a falar de Aids, disse que a gente teria que jurar fidelidade. Mas eu impus uma condição e isso foi muito negativo para ele, como homem. Ele não conseguia se relacionar sexualmente, ele brochou, entende? Acho que ele ficou muito ameaçado (..) Eu não

queria perder o relacionamento e aí eu cedi” (Risos) (Maria, soronegativa, separada).

(CARVALHO, 2003, p.8)

Guimarães (1994), ao estudar 240 mulheres no Rio de Janeiro, aponta para o fato de que entre elas a adoção de medidas preventivas, particularmente o preservativo, está diretamente ligada à disponibilidade do parceiro. A autora opina que a ênfase dada ao uso da camisinha é ilustrativa de diferença de gêneros, lembrando que, em sua observação, a prática está ligada ao consentimento do parceiro, sendo a mulher levada a oferecer justificativas para este uso, do ponto de vista da contracepção ou de prevenção das DSTs e Aids. A função contraceptiva normalmente carece de justificativas, uma vez que outros métodos se mostram mais eficientes, além do fato de que práticas orais e anais não necessitam, naturalmente, de cuidados em relação à contracepção.

Guimarães (1994) nos lembra ainda que o modelo monogâmico é mais fortemente exigido para as mulheres, salientando que, mesmo entre mulheres solteiras a exigência do preservativo poderia ser um indício de vida sexual promíscua, o que, segundo a autora, a colocaria em desvantagem. Isso tem eco nas expectativas e ideais sociais em relação à conduta feminina diante da sociedade.

3.3 Mulheres profissionais do sexo com ou sem parceria fixa

“Os clientes pagam mais para transarem sem a camisinha” (Ana Laura- caso III).

Simon *et al.*, (2002), em estudo intitulado *Prostituição juvenil feminina e a prevenção de Aids em Ribeirão Preto, SP*, realizado com 13 jovens com idades entre 18 e 21 anos, que trabalham como prostitutas nas ruas e chácaras da cidade, com objetivo de investigar as percepções sobre a Aids para o desenvolvimento de programas de prevenção com a referida população, obteve como resultados que, as entrevistadas fazem uso do preservativo de forma inconsistente, abolindo seu uso com parceiros e clientes fixos. Quanto aos motivos para o uso do preservativo, elas apontaram a prevenção das DSTs/Aids, mostrando-se informadas acerca dos mecanismos de transmissão e o fato de não confiarem no parceiro ou cliente fixo, ou não conhecerem o cliente. O fato de ser um cliente conhecido pode ser motivo para retirada do preservativo, assim como este pode ser abolido em relações com clientes que envolvem afeto, que, segundo elas, extrapolam as relações comerciais. O uso do preservativo com parceiros fixos só é usado quando há desentendimentos e brigas, e retirado quando estão “bem”.

...de repente, aquela pessoa que tem um parceiro fixo...uma hora não usa mais, porque com o tempo as pessoas vão abolindo, né, camisinha,

né, ninguém faz exame, namorado nenhum faz...pra parar de usar...mas tão há um mês juntos/se conhece, pronto, as meninas mesmo de programa que tem namorado, elas fazem isso, depois de 1, 2 meses param de usar (Entrevistada, 21 anos).

Ai às vezes é: às vezes num usa não...mas às vezes quando nós dois tamos meio assim que a gente discute/ antes de fazê alguma coisa assim sabe? Que fala um monte de besteira assim/que a gente coloca (o preservativo) mas quando a gente tá muito alegre muito feliz sabe? Aí...não...(não usa o preservativo) (Entrevistada, 19 anos).

(SIMON *et al.*, 2002, p. 85)

Para Simon *et al.*, (2002), embora essas mulheres tenham demonstrado conhecimento sobre HIV e adotarem o preservativo em suas práticas sexuais, essas informações e práticas se *contradizem* com a *crença* na busca de afetividade nos relacionamentos, seja com o companheiro, namorado ou cliente fixo, bem como no *destino como o determinante para a infecção pelo HIV*. Essas contradições agem como possíveis fatores impeditivos para a adoção de comportamentos preventivos consistentes.

Eu acho que se acontece ...é porque tinha que acontecer...só por Deus mesmo...mas você tem que se prevenir (entrevistada, 21 anos)

Aids?...nossa dá até pavor...Eu ah...ó num sei, eu acredito muito no destino, entendeu? Eu acho que Aids não existe por existir, algum objetivo tem nessa doença, entendeu? Eu acho quando alguém pega Aids, que fala...aquela pessoa tá com Aids, eu acho que...isso tinha que acontecer, entendeu? Eu penso muito assim, eu acho que quando acontece alguma coisa nada é por acaso nessa vida, nesse mundo entendeu? (Entrevistada, 18 anos).

(SIMON *et al.*, 2002, p. 86)

Como conclusões, esses pesquisadores apontaram a necessidade de discutir sobre os envolvimento afetivos que são percebidos como relacionamentos “ímmunes”, permeados pelos ideais do amor romântico, dispensando a negociação de práticas preventivas (SIMON *et al.*, 2002).

Oltramari e Camargo (2004), no estudo *Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção*, com o objetivo de investigar as representações sociais de mulheres profissionais do sexo, sobre as DSTs e contracepção, diferenciam-se em função de elas terem um parceiro fixo com envolvimento amoroso e não-cliente. Foram entrevistadas 40 mulheres em Florianópolis, de 19 a 47 anos. Destas, 18 tinham parceiros fixos: namorados, companheiros ou maridos 22 não tinham parceiros deste tipo. Os resultados indicaram duas representações sociais: no grupo de mulheres que possuíam parceiros fixos, a infecção por DSTs e contracepção foi associada ao trabalho sexual remunerado; no outro grupo de mulheres sem parceiros fixos e não-clientes, a infecção e a contracepção foram associadas à prática sexual sem preservativo. Outro resultado encontrado foi o

valor mais alto de dinheiro oferecido a estas mulheres por seus clientes para que estas mantivessem relações sexuais sem camisinha, o que por muitas delas foi apontado como um dos motivos para não se protegerem, pois há uma concorrência de mercado. Se elas não tiram, as outras profissionais do sexo podem tirar.

(...) como eu tive coragem, às vezes o dinheiro fala mais auto. No meu caso, muitas vezes o dinheiro falou mais alto. Foi Deus que me protegeu e hoje eu não tenho nada. Conteí com a sorte, porque, eu realmente vacilei um monte (Entrevistada na faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho).

(...) Com os meus clientes eu uso camisinha direto na noite, mas com o meu namorado realmente eu não uso (Entrevistada, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho).

(OLTRAMARI E CAMARGO, 2004, p.81 e 82)

De acordo com informações do Correio Braziliense, foi apresentado no dia 06 de março deste ano na abertura do *Seminário Prostituição e Aids*, em Brasília, o resultado de pesquisa inédita encomendada pelo Ministério da Saúde para levantar o perfil de três mil prostitutas. Com os resultados obtidos, puderam detectar o perfil dessas profissionais: jovens, solteiras, que trabalham geralmente na rua, bares e boates para receber, em média, de um a quatro salários mínimos por mês. Dentre os dados, verificou-se que 73% das prostitutas orientadas por ONGs usam camisinhas nas relações sexuais por dinheiro, e apenas 23,9% usam quando estão com companheiros fixos.

3.3 Estudos com homens heterossexuais com e/ou sem parceria fixa

“Acho que contaminei minha mulher, é que eu saía muito com outras e não usava camisinha. Homem é assim, não segura a vontade” (Alves, 31 anos, professor de Ensino Fundamental).

O fragmento de fala acima descrito é de um paciente que eu atendi na enfermaria de SIDA do HUIBB. Alves tinha 31 anos, professor do ensino fundamental de uma cidade do interior do Pará e descobriu-se portador há dois anos; a partir de então começou a realizar seu tratamento em Belém. No entanto, quando vinha a Belém, dizia a sua esposa, filhos e demais familiares que vinha a trabalho, pois não revelou a estes seu diagnóstico. Durante o atendimento, falou de sua angústia diante da possibilidade de morte, de sua culpa por ter mantido relações sexuais com a esposa sem o preservativo, mesmo já tendo sido orientado pelos médicos, psicólogos e assistentes sociais de que poderia infectá-la. Quando falou de sua vida afetivo-conjugal, disse que teve várias

“transas por fora”, e que “não usava a camisinha”, mas que nunca deixou sua esposa desconfiar de nada, pois era “apaixonado por ela”. O fragmento do caso acima descrito apresenta conteúdos aproximados aos descritos por outros homens entrevistados nos estudos a seguir, como o significado de fidelidade agregando a possibilidade de manter relações sexuais extraconjugais e a chamada transmissão “enganosa”, na qual o parceiro transmite o vírus à sua parceira em relações sexuais desprotegidas, apesar de saber do seu diagnóstico e ter informações das formas de transmissão.

Silva (2002), no estudo intitulado *o Significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da Aids entre homens casados*, realizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos para prevenção da Aids do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com dez homens casados, moradores de Americanópolis, bairro da periferia da Cidade de São Paulo, objetivando descrever as representações sobre fidelidade e o uso de preservativo por homens casados, encontrou como resultados que o grupo estudado tinha um entendimento de que a fidelidade tornava natural para o gênero masculino não ter a esposa como única parceira sexual. Entendiam fidelidade como o respeito à parceira e o conseqüente uso de camisinha nas relações extraconjugais, associadas ao risco de infecção, e que as relações sexuais com a esposa não eram perigosas, porque estavam baseadas no amor e no companheirismo. Nelas o uso do preservativo era bem-vindo apenas quando o objetivo era a contracepção, especialmente quando outro método contraceptivo não podia ser utilizado. Como conclusão, a autora ressalta que os homens tiveram uma percepção bastante limitada de sua vulnerabilidade à Aids.

Quando eu tenho esse tipo de relação, eu fico pensando: puxa, ela tá lá em casa, não tá fazendo nada disso, e eu sou um canalha porque to fazendo isso e não consigo me libertar. Então isso é um instinto animal que eu tenho, eu não consigo segurar essa onda, entendeu? Se eu tô na rua, e uma mulher abre campo pra mim, pra eu me aproximar dela, eu não consigo segurar a onda (André, 28 anos).

Sou fiel, sou fiel com os sentimentos, entendeu? Uma aventura que você tem na rua, você não vai ferir, entendeu, o íntegro do seu casamento. Não vai arranhar ele (Ari, 34 anos)

Eu posso dizer que hoje eu amo a minha mulher. Então, infidelidade seria se você trocasse aquele relacionamento seu ali da, da...com a pessoa que você ama por uma outra. Colocar assim uma outra no meio de vocês, no caso, uma amante, né . Ai, no caso, é infidelidade, no meu modo de ver.não tô falando que é isso. No meu modo de ver é isso, porque nos meus relacionamentos extraconjugais nunca passam, nunca vão pra uma segunda vez. (André, 28 anos)

Se você procurar...(acaba pegando alguma doença). Se você ficar em casa quieto com sua família, nada disso lhe acontece. Mas se você quer dar uma de mulherengo, então você...um dia a casa cai (José, 46 anos)

(SILVA, 2002, p. 06 e 07)

Guerriero, Ayres e Hearst (2002), na pesquisa *Masculinidade e vulnerabilidade de homens heterossexuais*, realizada com dez homens motoristas de ônibus e integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) em uma empresa de transporte coletivo na cidade de São Paulo, visando a identificar aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV, obteve como resultados os principais fatores apontados por estes homens que os tornam mais vulneráveis à infecção, dentre estes: sentir-se forte e imune a doenças, correr riscos; ser incapaz de recusar mulher, considerar que o homem tem mais necessidade de sexo do que a mulher e que esse desejo é incontrolável. Também foi relatado que a infidelidade masculina é considerada natural; a feminina foi atribuída a deficiências do parceiro. Quanto à decisão de usar ou não a camisinha, esta é tomada pelos homens; a mulher só pode solicitá-la para evitar a gravidez. A não utilização da camisinha foi atribuída à estética da parceira, alto custo do preservativo, medo de perder a ereção, perda de sensibilidade durante a relação sexual no homem e na mulher. Além disso, os entrevistados não se consideravam vulneráveis ao HIV nem a DSTs e confundiam suas formas de transmissão.

Que muda, muda. Não é como você chegar lá, os dois limpos, tem diferença. Às vezes é você poder sentir o calor da mulher mais um pouco, já não sente, ela (a camisinha) segura um pouco, as diferenças vem por aí. Aquele trabalho de você ir lá, rasgar, colocar, tirar..(45 anos, motorista)

O atrito no começo ela é oleosa, mas no atrito, ela começa a irritar, principalmente a mulher (...) a mulher não sente o tesão que ela queria sentir. Quer dizer, na realidade, pra sentir, eu tive que trabalhar muito mais...(34 anos, mecânico).

O cara enquanto ele vai pegar e rasgar, aí entorta (perde ereção). Aí não usa mesmo (46 anos, motorista)

(GUERRIERO, AYRES E HEARST, 2002, p.53 e 54)

Silva *et al* (2002), na pesquisa *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores*, entrevistaram 25 jogadores juniores de um time de futebol de Campinas, SP, com o objetivo de desenvolver um programa de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da Aids. Obteve como resultado que o grupo

mostrou elevado número de informação quanto às vias de transmissão do HIV e baixo nível de conhecimento em relação à reprodução e às DSTs. A gravidez não planejada constitui a principal preocupação desses jovens. Quanto ao uso do preservativo, o uso consistente só foi relatado com parceiras casuais (73%) e foi inconsistente com parcerias fixas (37%). Quanto às dificuldades envolvendo o uso do preservativo, 52% destes relataram que “estouram com facilidade”, 76% afirmaram que “o sexo não é igual quando feito com a camisinha” e 40% declararam “medo de usar e ter problemas, como o rompimento do preservativo”. Como conclusões, os autores destacaram que os jovens se consideram pouco vulneráveis, embora expostos à infecção pelo HIV e à ocorrência de gravidez não planejada.

VILARINO *et al.*,(2002), no estudo *Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV*, entrevistaram 279 caminhoneiros de rota curta da cidade de Santos SP, obtendo como resultados que 196 (69%) dos entrevistados acharam que não estavam em risco, sendo que 111(40%) afirmaram estarem protegidos por terem parceria fixa, outros 87 (31%) afirmaram não ter risco algum de se infectar e 74 (27%) referiram não ter medo de pegar a Aids. O uso do preservativo é diferenciado segundo o tipo de parceria e prática. Com as parceiras fixas, houve um uso mínimo do preservativo, independentemente do tipo de prática (6%). Com as parceiras freqüentes, o uso de preservativo era maior, tanto na relação vaginal (56%), quanto na anal (45%), porém houve poucos que usavam preservativos quando faziam sexo oral com essas parceiras (6,3%). Com as parceiras casuais, o uso do preservativo também era freqüente, tanto na relação vaginal (67%), quanto na oral (46%) ou na anal (54%). Isto mostra que a parceria fixa é mais vulnerável à infecção pelo HIV ou qualquer outra DST.

Não tenho..(nenhuma história para contar); sempre transei com a mulherada sem camisinha, não gosto de usar, deve ser ruim, e vê só, nunca peguei nada...(55 anos casado, 30 anos de profissão).

Uma vez que não deu pra conseguir fazer com camisinha, foi porque gostei do jeito da pessoa e achei que não precisava, achei que não tava correndo o risco...Era pessoa que eu conhecia, que apesar de ser casada, ela não saía só comigo...No momento eu não tinha (camisinha), e não dava pra esperar” (47 anos, casado 16 anos de profissão).

Foi quando eu estava vários dias sem ter relação. Eu não tinha camisinha no caminhão, eu e a moça, a gente queria, a gente tirou a roupa, eu não, ela também não. Ela falou pra gente fazer, mas eu não fiz, me senti glorioso, campeão, venci a tentação da carne” (24 anos, casado, 05 anos de profissão).

Eu não faço viagens longas nem por isso deixei de pegar uma doença: conheci a menina aqui e sai com ela...peguei gonorréia..era bonita, gostosa, mas me ferrei.

(VILARINO *et al*, 2002, p.64 e 65)

CAPITULO 4

SEXUALIDADE FEMININA E PSICANÁLISE

O conceito de sexualidade foi, provavelmente, o que Freud defendeu com mais veemência durante toda a sua obra, provocando, por essa razão, inúmeras dissidências no movimento psicanalítico. Inserindo o conceito de *pulsão*, diferenciando-o do *instinto*, construiu uma nova maneira de pensar o sexual, regido pelo desejo e não mais pelo biológico (PRADES, 2001).

Freud, com sua concepção de sexualidade perversa-polimorfa, construída a partir da escuta das histéricas, se contrapôs aos discursos vigentes da Medicina, Psiquiatria, Neurologia e Sexologia vigentes no século XIX, que sustentavam uma leitura da sexualidade construída pelos eixos da hereditariedade-degeneração, que sustentavam uma explicação reprodutiva e instintiva da sexualidade. Freud desconstruiu o dispositivo degeneração-hereditariedade e a mulher se desenharia agora pelos imperativos do seu erotismo (BIRMAN, 2001).

De acordo com Birman (2001), se a Psicanálise realizou essa ruptura, mantivera-se, porém, ainda ligada a certos paradigmas teóricos do século XIX concernentes à leitura da diferença entre os sexos. O discurso freudiano insistia ainda num conjunto de enunciados sobre os valores hierárquicos e diferenciais entre o masculino e o feminino. Se foram realizados avanços significativos na leitura da identidade masculina, a leitura da identidade feminina não se deu com o mesmo desembaraço e, para que ambos os desenvolvimentos enunciados fossem levados a cabo igualmente e marcassem as singularidades das sexualidades em questão, foi necessário um longo tempo de elaboração teórica e produção conceitual.

4.1 Os caminhos das diferenças sexuais

No segundo dos *Três Ensaio para uma teoria sexual* (1905) intitulado *A Sexualidade Infantil*, mas especificamente na seção cinco: *A investigação sexual infantil*, que foi acrescentada em 1915, Freud estabelece uma diferenciação entre o desenvolvimento sexual do menino e da menina. Ele parte da constatação de que todas as crianças formulam teorias sexuais, dentre as quais a mais importante é a suposição de que todos possuem pênis: “Para o menino, é natural presumir uma genitália igual a sua em todas as pessoas que ele conhece” (p.184). Esta é a primeira das Teorias Sexuais Infantis. Mas, na verdade, só os meninos se recusam a perceber a diferença entre os sexos; as meninas, ao contrário,

reconhecem de imediato tal diferença e são tomadas pela inveja do pênis, que se traduz no desejo de ser menino, ou seja, de ter um órgão igual ao dele.

A primeira dessas teorias deriva do desconhecimento das diferenças entre os sexos (...) como uma característica infantil. Consiste em 'atribuir a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis', tal como o menino sabe a partir de seu próprio corpo. É justamente na constituição sexual que devemos encarar como 'normal' que, já na infância, o pênis é a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual auto-erótico (FREUD, 1996|1908, p.196).

É nessa afirmação que Freud se baseia para estabelecer sua primeira hipótese a respeito das diferenças sexuais: no caso do menino, o valor auto-erótico atribuído ao pênis faz com que ele interprete a visão do órgão sexual feminino como se ali um pênis ainda fosse crescer. Essa suposição curiosa só é abandonada a partir do complexo de castração, decorrente das ameaças reais sofridas pelas crianças diante da masturbação. Na menina, o clitóris constitui a sede dos estímulos que levam à masturbação, marcando um caráter masculino à atividade sexual feminina; assim, a menina só se tornaria realmente mulher na puberdade, com o recalque desses impulsos. A menina compartilha, assim, do valor concedido ao pênis pelo menino, sucumbindo por esse motivo a inveja do pênis (FREUD, 1905|1996).

No texto *Sobre as Teorias Sexuais Infantis* (1908a), a questão sobre as teorias sexuais infantis é retomada. A criança parte da questão sobre a origem dos bebês e formula três teorias para responder a elas: a *primeira* diz respeito ao desconhecimento da diferença anatômica; o termo *dementido* é utilizado para designar a reação do menino ante a visão do órgão sexual feminino. As meninas sabem que não têm o pênis, ao contrário dos meninos que acreditam que elas como eles, o possuem, mas em tamanho menor e que depois crescerá: “o dela é muito pequeno mais ainda vai aumentar quando ela crescer” (p.196). A *segunda* teoria sexual infantil é a de que o bebê seria expulso como excremento, o que confirma o desconhecimento do orifício vaginal, podendo, assim, nascer de homens ou de mulheres. A *terceira* teoria diz respeito ao caráter sádico atribuído ao ato sexual dos pais.

Observa-se com facilidade que as meninas compartilham plenamente a opinião que seus irmãos têm do pênis. Elas desenvolvem um vivo interesse por essa parte do corpo masculino, interesse que é logo seguido pela inveja. As meninas julgam-se prejudicadas (..) e quando uma delas declara que 'preferia ser um menino', já sabemos qual a deficiência que desejaria sanar (FREUD, 1996|1908a, p. 197,198).

No texto de 1908, também encontramos o primeiro exame explícito ao complexo de castração.

O menino, no qual dominam principalmente as excitações do pênis, costuma obter prazer estimulando esse órgão com a mão. Seus pais e sua ama o surpreenderam nesse ato e o intimidam com a ameaça de cortar-lhes o pênis. O efeito dessa ‘ameaça de castração’ é proporcional ao valor conferido ao órgão, sendo extraordinariamente profundo e persistente (...) complexo esse que será subseqüentemente lembrado com grande relutância pela consciência. Os genitais femininos, vistos mais tarde, são encarados como um órgão mutilado e trazem à lembrança aquela ameaça (FREUD, 1996|1908a, p. 197).

Freud no texto *A organização Genital Infantil* (1923), além de retomar algumas considerações feitas acerca da sexualidade nos *Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade* (1905), afirma que não mais se satisfazia com a afirmação, de que durante a infância a primazia dos órgãos genitais é efetuada de forma incompleta e faz uma aproximação muito maior entre a sexualidade das crianças e a dos adultos. O interesse da criança nos genitais, no auge da sexualidade infantil, pouco se distancia do que é observado na vida adulta. A principal diferença consiste no fato de que na organização genital está em jogo apenas um órgão genital tanto para meninos quanto para meninas: o pênis. Sendo, portanto, esta a principal característica da vida sexual infantil.

Ao mesmo tempo, a característica principal dessa ‘organização genital infantil’ é ‘sua diferença’ da organização genital final do adulto. Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo (FREUD, 1996|1923a, p.158).

Por se sentir em desvantagem por não possuir o pênis, a menina deseja tê-lo, é nesse ponto que reside de forma significativa o pensamento freudiano acerca da sexualidade feminina: a primazia do falo.

Nesse texto de 1923, Freud descreve os momentos ou passos necessários à percepção da diferença sexual. São três: num primeiro tempo, a criança não atribui a diferença sexual aos órgãos genitais. Confirmando a tese de 1908, o menino desmente (*Verleugnung*) a falta de pênis na mulher. A oposição se dá entre ativo e passivo (fase sádico-anal). Aos poucos, ele chega à conclusão de que a menina possuía um órgão análogo do qual foi despojada, surgindo assim o medo de que ocorra com ele uma mutilação igual. Nesse segundo tempo, a oposição se dá entre castrado e não-castrado. A castração, no entanto, é compreendida como uma punição, e só será generalizada como uma característica do sexo feminino com a

descoberta de que apenas as mulheres podem ter bebês. O menino deixa de atribuir, dessa forma, um pênis à mãe.

Aqui podemos verificar uma inversão fundamental em relação aos principais textos trabalhados até aqui, em que Freud atribuía o complexo de castração às ameaças sofridas pela criança. Agora, ao contrário, é a própria possibilidade de castração, a partir da percepção do afalicismo materno, que ressignifica as ameaças. O conceito psicanalítico de falo começa a se descolar, do órgão peniano, ganhando o estatuto de representante psíquico da falta: perdas narcísicas ou insatisfação. Essa articulação não é óbvia, quanto mais se considerarmos que o próprio Freud, em alguns textos, enfatiza a visão dos órgãos sexuais do sexo oposto como deflagradora da angústia de castração, o que pode privilegiar uma interpretação concreta de sua teoria, em que falo e pênis sejam considerados sinônimos.

Em *A Dissolução do Complexo de Édipo* (1924), Freud afirma que ambos, o Édipo e a fase fálica, são contemporâneos, depois ele conclui que é a partir da ameaça de castração que o menino sai do Édipo. E essa ameaça só tem força suficiente para desligar o menino de sua relação amorosa com a mãe devido à importância que o seu órgão fálico tem para ele. Vejamos como isso se dá:

No início do texto *A dissolução do complexo de Édipo* (1924), Freud ressalta ser essa dissolução “o fenômeno central do período sexual da primeira infância” (Freud, 1996|1924 p. 193). Nesse período, ele ainda dá tratamento simétrico ao Édipo de meninas e meninos: estas se enamoram do pai e aqueles da mãe. Destaca que há duas formas de satisfação a partir do Édipo, uma *passiva* e outra *ativa*. A *passiva* refere-se a uma identificação da criança com a mãe, enquanto aquela que é amada pelo pai, e diz respeito a uma posição feminina, e a *ativa* refere-se a uma identificação ao pai, enquanto aquele que ama a mãe de uma posição masculina. Para o menino, caso ele queira preservar o seu órgão, ambas as formas de satisfação no Édipo se tornam impossíveis, pois a identificação com a mãe já pressupõe a perda do pênis; tomá-la enquanto objeto, identificando-se com o pai, traz a ameaça de castração. O efeito dessa ameaça é proporcional ao valor que o menino confere ao seu órgão, por isso lhe resta abandonar o Édipo.

A ameaça de castração geralmente é feita pelas mulheres que tomam conta da criança, mãe ou babá (Freud, 1908a, 1924, 1931). Estas apontam o pai como agente da castração. A castração da mulher confirma, para o menino, a hipótese de que é realmente possível perder o pênis e é isso o que confere eficácia à ameaça.

No texto *o Fetichismo* (1927), o tema do afalicismo materno será retomado, articulando o fetiche a uma substituição do falo materno, causado pela recusa ou desmentido

(*Verleugnung*) do sujeito de perceber a falta do pênis materno, que remete à sua própria castração.

Quanto à menina, Freud aponta que o caminho é bem diferente do dos meninos. Apesar de o clitóris se comportar como se fosse o pênis, a menina percebe que “se saiu mal” (em nota de rodapé na p. 197, refere que a tradução literal é ‘saiu-se pequena demais’) ao se comparar com o menino, e é nisso que consiste a diferença essencial entre a castração para meninos e meninas. Para as meninas, a castração é fato consumado, enquanto que para o menino é da ordem de uma ameaça, a consequência disso é que o menino sofre com a angústia de castração, enquanto as meninas padecem da inveja do pênis. Portanto é dessa forma que se presentifica, para o sexo feminino, o complexo de castração neste período da obra (FREUD, 1996|1924).

Freud no texto *Ego e o Id* (1923b) descreve a saída do Édipo, no caso do menino, a partir da ameaça de castração e acrescenta que é nesse momento que surge o supereu. Ele é o herdeiro do complexo de Édipo e simboliza a internalização da lei paterna. O menino, para preservar o pênis, se vê obrigado a abrir mão da mãe, enquanto objeto amoroso, e se identificar ao pai, à sua lei. A partir da internalização dessa lei, os ideais culturais podem ser assumidos pelo menino.

O fato de a menina não ter o que temer diante da ameaça de castração terá consequências importantes em sua saída do Édipo e na formação de seu supereu, ressaltando-nos a diferença entre os sexos no que concerne à castração. As conclusões de Freud a esse respeito ficam claras em 1925, mas, já em 1924, quando lemos: “é minha opinião ser a ameaça de castração o que ocasiona a destruição da organização genital fálica da criança” (FREUD, 1996|1924| p.195).

De acordo com Freud (1923) a menina por não apresentar o temor da castração, também não possui o principal motivo para a constituição de um supereu e as mudanças em sua organização sexual ficam a encargo da ameaça da perda de amor.

Estando assim excluído, na menina, o temor da castração, cai também um motivo poderoso para o estabelecimento de um superego e para a interrupção da organização genital infantil. Nela, muito mais que no menino, essas mudanças parecem ser resultado da criação e de identificação oriunda do exterior, as quais a ameaçam com uma perda de amor (FREUD 1996|1924|, p 198).

Nas meninas está faltando o motivo para a demolição do complexo de Édipo. A castração já teve seu efeito, que consistiu em forçar a criança a situação do complexo de Édipo. Assim, esse complexo foge ao destino que encontra nos meninos: ele pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante a repressão, ou seus efeitos podem

persistir com bastante ênfase na vida mental normal das mulheres. Não posso fugir a noção (embora hesite em lhe dar expressão) de que, para as mulheres, o nível daquilo que é eticamente normal, é diferente do que ele é nos homens. Seu superego nunca é tão inexorável, tão impessoal, tão independente de suas origens emocionais como exigimos que o seja nos homens. Os traços de caráter que críticos de todas as épocas erigiram contra as mulheres - que demonstram menor senso de justiça que os homens, que estão menos aptas a submeter-se às exigências da vida, que são amiúdes influenciadas em seus julgamentos por sentimentos de afeição ou hostilidade - todos eles seriam amplamente explicados pela modificação na formação de seu superego que acima inferimos (FREUD 1996|1925 p. 286).

O que leva a menina a renunciar o falo/pênis é essa ameaça de perda de amor, mas essa renúncia é feita mediante certa compensação: trocar o pênis por um bebê, mais especificamente um filho do pai. Essa troca é possível graças à linha de uma equação simbólica que equivale a pênis e bebê. (FREUD, 1996|1924, p.198).

No que se refere à saída do complexo de Édipo para a menina, Freud (1924) afirma que ela se dá de forma gradativa, uma vez que o desejo de ter um filho do pai jamais é realizado. Porém, tanto o desejo de ter um pênis, quanto o desejo de ter um filho permanecem altamente investidos no inconsciente da mulher, e é justamente isso que ajuda a preparar a menina para a posição feminina. Dito em outros termos, a posição feminina, para Freud, não passa pelo abandono do desejo de pênis, ao contrário, é preparada por ele.

A complexidade das identificações se deve, para Freud, a dois fatores fundamentais: a triangulação edípica e a tese freudiana da disposição bissexual humana. No que diz respeito ao menino, há duas possibilidades de satisfação: uma ativa, que deseja substituir o pai, visto como um rival em relação ao objeto amoroso, que é a mãe, outra passiva, que deseja substituir a mãe e deixar-se amar pelo pai. O descobrimento da castração feminina, pelo menino, ameaça as duas modalidades de satisfação citadas: a primeira (masculina) com castigo e a segunda (feminina) como premissa. O conflito entre o interesse narcísico pelo pênis e as cargas libidinosas dos objetos parentais faz com que essas últimas sejam abandonadas e substituídas por identificações que representam a autoridade do pai introjetada no eu, que constituíram o superego, que instaura a proibição do incesto. Freud retoma a disposição bissexual na explicação do final do complexo de Édipo, assim a identificação com o pai conservará o objeto materno do complexo positivo e substituirá, simultaneamente, o objeto paterno do complexo invertido (PRADES, 2001).

Não se pode deixar de notar, nesse ponto, que a satisfação passiva, em coerência com os próprios postulados freudianos, só poderia ser chamada de feminina de modo apropriado, depois do complexo de castração, antes do qual a diferença entre os sexos é desconhecida. Aqui é válido fazer referência ao conceito de bissexualidade de Freud, enunciada desde 1905 e reafirmada no texto *Fantasia histérica e sua relação com a sexualidade* (1908b), no qual afirma que um sintoma histérico é expressão, por um lado, de uma fantasia masculina e, por outro, feminina, ambas sexuais e inconscientes. A hipótese da bissexualidade original do indivíduo parece ser contraditória com a primazia fálica e gerou distintas interpretações. Pode-se supor, a partir daí, uma complementaridade biológica entre feminilidade e masculinidade, ou melhor, uma tentativa de Freud de descrever as posições sexuais masculinas e femininas (PRADES, 2001).

A diferença entre os sexos, do ponto de vista estritamente biológico, é natural, é uma diferença cuja finalidade é a reprodução e, portanto, implica uma complementaridade e simetria necessárias para que essa função possa se cumprir. Ao mesmo tempo, Freud afirma que a vagina é virtualmente inexistente para a menina durante anos, e que só quando ela “muda de sexo” é que haverá um deslocamento libidinal para a vagina. Esta afirmação juntamente com a da inveja do pênis serão as mais criticadas entre as teorias freudianas sobre a sexualidade feminina.

Até 1920, aproximadamente, os comentários de Freud são observações isoladas; após esta data, sua insistência e a revisão de trabalhos testemunham uma preocupação com o assunto, embora isso possa não ser devido a um interesse específico na psicologia feminina, mas ao tipo de indagação que isso o forçava a investigar e à nova área que o levava explorar. A mudança na área de interesse deveu-se, em certa medida, ao desenvolvimento de seu próprio trabalho.

Segundo Mitchell (1988), o texto de Freud *Sobre As Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica Entre os Sexos* (1925), assinala a primeira mudança decisiva, publicada, de suas idéias sobre a psicologia das mulheres. Até então, com tenacidade decrescente, ele mantivera suas vagas noções de um desenvolvimento paralelo de meninos e meninas, sendo que o menino era o modelo. Nesse ensaio, finalmente descartou essa teoria equilateral e lançou-se, experimentalmente, na exploração da psicologia feminina e na significação da sexualidade da mulher.

Para Marques (2004), as principais formulações e contribuições do texto de 1925 são resumidamente: a colocação em termos inequívocos da grande importância que tem, na sexualidade feminina, a questão fálica. O abandono do clitóris, enquanto principal zona

erógena, e da mãe, enquanto objeto amoroso, que são derivados da inveja do pênis, constituem as duas condições necessárias, segundo Freud, à constituição da “verdadeira feminilidade”.

4.2 O feminino e a escolha de objeto

Freud, em *À Guisa de Introdução ao Narcisismo* (1914), a partir do estudo do homossexualismo, introduz uma importante mudança em sua teoria da libido: diferencia homens e mulheres a partir de suas escolhas de objeto de amor e de sua forma de amar. Sustenta, então, que as mulheres fazem mais freqüentemente escolhas objetais narcísicas e que buscam principalmente serem amadas, em vez de amar.

Prades (2001) destaca que a diferenciação entre masculino e feminino só se dá num terceiro tempo, no qual o masculino será associado à atividade, ao pênis e ao sujeito, e o feminino, à passividade, ao reconhecimento da vagina e ao objeto. Essa distinção entre sujeito e objeto diz respeito a algo mais amplo, a eleição de objeto propriamente dita, que já fora bem trabalhada em 1914. Freud chama a forma masculina de amor de *amor de objeto*, que se caracteriza por um empobrecimento da libido do eu, em favor do objeto. Nas mulheres, com a descoberta do órgão sexual feminino, ocorre uma intensificação do narcisismo primário, o que justifica o fato de que, para elas, seja mais importante serem amadas do que amar.

Para Birman (2001), no texto *À Guisa de introdução ao Narcisismo* (1914), se a mulher seria perpassada pela inveja, marcada pela inferioridade genital por não ter pênis/falo, motor crucial do funcionamento psíquico das mulheres segundo Freud, em contrapartida inscreveria *o falo na totalidade do seu corpo*, que, pela *sedução* e pela *beleza*, escravizariam os homens ao seu fascínio. A falácia do feminino estaria justamente na pretensão das mulheres de quererem fazer crer que teriam o falo incrustado no seu corpo.

É interessante observar que essa interpretação freudiana da psicologia amorosa feminina contida no texto acima referido rompe com a idéia, tão em voga no século XIX, de que a mulher seria dotada de maior capacidade de amar do que os homens. O ideal materno fica acentuadamente em questão no modelo narcísico feminino que ele concebe. A mulher narcísica – segundo Freud o tipo feminino mais freqüentemente encontrado, o mais puro e verdadeiro – seria incapaz de ocupar a posição altruísta que se espera dela, já que ama apenas a si mesma (NUNES, 2000).

Para Nunes, temendo ser criticado por esta visão pouco lisonjeira das mulheres, Freud apressa-se em explicar que não adota uma postura tendenciosa, mas apenas descreve uma característica intrínseca à essência feminina, ligada à diferenciação de funções num

todo biológico altamente complicado. Freud inscreve o narcisismo da mulher em seu desenvolvimento, pois acredita que o amadurecimento dos órgãos sexuais femininos ocasionaria uma intensificação do narcisismo original (NUNES, 2000).

De acordo com Birman (2001), Freud, colocando o narcisismo como parte da essência feminina, reforça sua concepção das diferenças entre os sexos: existiria uma forma de amar feminina, que é *narcísica*, e uma forma masculina de amar, que é *anaclítica por apoio*. Essa diferenciação vai implicar não só um grau de valor diferente atribuído aos dois sexos, mas também dota o sexo feminino de uma certa periculosidade. A mulher, mais fixada a seu narcisismo, de uma certa forma representa uma ameaça ao homem e à sociedade, não só porque foge a seu controle, mas também porque sua essência egoísta se voltaria para seus próprios interesses, deixando de lado os interesses familiares e sociais. O narcisismo dotaria a mulher de uma completude e onipotência almejada pelo homem e diante da qual ele ficaria fascinado e fragilizado. Para Freud, é esse tipo de mulher que provoca maior atração sobre os homens, constituindo-se num certo enigma e exercendo sobre ele um grande poder. E, apesar de ressaltar que, com muita frequência, encontram-se mulheres cujas escolhas amorosas são feitas de acordo com o modelo masculino, afirma que o tipo narcísico é o mais comum, o que corresponde à verdadeira feminilidade, provocando nos homens as maiores paixões.

Freud apresenta, em muitos momentos de sua obra, uma imagem feminina bastante ameaçadora e mesmo poderosa, ligando o feminino, de um lado, ao narcisismo e à falicidade, e de outro, à natureza, à morte e à castração. Alinhando-se a uma representação perigosa da mulher advinda do século XIX, justifica essa fantasia com uma explicação pela qual inscreve esse temor no real, na constituição libidinal da mulher, em sua sexualidade e na hostilidade inerente à inveja do pênis (NUNES, 2000).

Freud destaca no texto *Sobre um tipo especial de eleição de objeto no homem* (1910) que a eleição de objeto é determinada, desde a infância, pelas múltiplas combinatórias possíveis das identificações edípicas, referindo-se ao desejo do menino pela mãe e o ódio ao pai, visto como um rival ou um empecilho para a satisfação desse desejo.

4.3 Destinos do feminino

Freud, no texto *Sexualidade Feminina* (1931), se dedica ao tema do desenvolvimento sexual da mulher. Trata detalhadamente da ligação da menina com a mãe, ressaltando suas principais características e tentando compreender como e por que ela chega ao fim.

Diversos motivos são apresentados para o rompimento dessa relação primordial: o fato de a mãe não ter dado o pênis à filha; de não ter-lhe dado amor suficiente; de ter preferido outra criança a ela; de ter-lhe despertado a atividade sexual e depois tê-la inibido. Mas parece que todos esses motivos são insuficientes para explicar a hostilidade da filha para com a mãe. Tal hostilidade é explicada, de fato, por meio do caráter predominantemente ambivalente que têm as relações da primeira infância: “Talvez o fato real seja que a ligação à mãe esta fadada a perecer, precisamente por ter sido a primeira e tão intensa” (FREUD, 1996|1931 p. 242).

Concluiremos, então, que a intensa ligação da menina com a mãe é fortemente ambivalente, sendo precisamente em consequência dessa ambivalência que (com a assistência dos outros fatores que aduzimos) sua ligação se afasta à força da mãe uma vez, isto é, em consequência de uma característica geral da sexualidade infantil (FREUD, 1999|1931, p. 243).

Freud finaliza seu texto de 1931 com o comentário de que o afastamento da menina em relação à mãe é muito mais que uma simples mudança de objeto.

O endereçamento ao pai é realizado a partir dessas tendências passivas, à medida que conseguirem escapar dos efeitos do recalçamento das tendências ativas. Desse modo:

O caminho para o desenvolvimento da feminilidade está agora aberto à menina, até onde não se ache restrito pelos remanescentes da ligação pré-edípica, ligação que superou (FREUD, 1999|1931, p. 247).

Dessa forma, a menina é conduzida à feminilidade, por meio do encaminhamento ao pai, mas sempre lembrando que é preciso para isso ultrapassar sem maiores problemas a ligação primeira com a mãe. Esse assunto é extensamente trabalhado no texto de 1931, e, numa conferência intitulada *Feminilidade*, ele começa com uma retomada dos principais pontos desenvolvidos nos textos anteriores sobre a sexualidade feminina e discorre longamente sobre a importância da vinculação primordial da menina à mãe. Diz que esse estágio inicial é rico e duradouro e deixa atrás de si inúmeras possibilidades de fixações e disposições.

Quase tudo o que posteriormente encontrávamos em sua [da menina] relação com o pai, já esteve presente em sua vinculação inicial e foi transferido, subsequentemente, para seu pai. Em suma, fica-nos a impressão de que não conseguimos entender as mulheres, a menos que valorizemos essa fase de vinculação pré-edípica (FREUD, 1996, 1933|1932, P. 120).

Em geral, essa vinculação termina em ódio e, apesar de levantar várias possibilidades para que isso aconteça, Freud acaba por concluir que o verdadeiro motivo para o afastamento da mãe é a castração. Primeiro a menina culpa a mãe por tê-la trazido ao mundo castrada, depois, quando descobre que a mãe também é castrada, passa a desvalorizá-la (FREUD, 1996|1933|1932).

Frente à castração, Freud coloca que as três saídas possíveis para a mulher são: a *inibição sexual* ou *histeria*, o *complexo de masculinidade* e a *feminilidade verdadeira*, por meio da maternidade. Em todas três, o que está em jogo é a inveja do pênis.

Na inibição sexual, ocorre a perda do prazer obtido a partir do clitóris diante da comparação deste com o pênis. A menina percebe que está em desvantagem e prefere abandonar o prazer clitoridiano. A partir daí, boa parte de suas inclinações sexuais é recalçada e a menina fica *anestesiada*. Juntamente com a excitação do clitóris, é necessário que a menina renuncie a uma determinada parcela da atividade. A *passividade* passa, então, a predominar e é isso o que permite o endereçamento ao pai, com conseqüente encaminhamento para o que seria a terceira possibilidade, ou seja, a *verdadeira feminilidade*.

Os senhores podem verificar semelhante sinuosidade no desenvolvimento, o qual remove a atividade fálica, prepara o caminho para a feminilidade [...] O desejo que leva a menina a voltar-se para o pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê (FREUD, 1996|1933|1932 p.127,128).

A *maternidade* é, pois, uma forma outra de conseguir o falo por meio da substituição do pênis pelo bebê. A outra saída possível – complexo de masculinidade – ocorre quando a menina se recusa a abrir mão de sua sexualidade masculina, ficando, pelo contrário, ainda mais aferrada a ela, sendo a homossexualidade um dos desfechos possíveis. O complexo de masculinidade comporta uma atitude geralmente desafiadora e rebelde e pressupõe uma evitação da passividade.

Como se pode perceber, para Freud, o caminho até a feminilidade, além de não ser dada de saída, é também tortuoso, e com grandes chances, inclusive, de não poder ser percorrido até o final. Além disso, a *verdadeira feminilidade* – (endereçamento ao pai, e ter um bebê). Não comporta, de fato, um abandono da inveja do pênis. Sua via régia seria a maternidade, que nada mais é do que a substituição do pênis pelo filho. Por mais que essa substituição implique uma simbolização do pênis, que deixa de estar

exclusivamente remetido ao órgão masculino, à sexualidade feminina não deixa de permanecer totalmente remetida à ordem fálica.

Para Freud, então, o caminho para a feminilidade não implica um abandono da posição fálica, e sim um apelo ao pai para que este lhe dê na forma de um filho o tão desejado falo.

Utchitel (2001) destaca que a feminilidade acaba se situando, paradoxalmente, como uma derivação da masculinidade. Embora o deslocamento do pênis em direção ao filho já comporte uma simbolização, o que é específico da feminilidade fica restrito à inveja do pênis na teorização freudiana, não havendo outra possibilidade para a compreensão da feminilidade.

Não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido do pai e, de acordo com isso, o objeto do mais intenso desejo feminino (FREUD, 1996|1933|1932 p. 128).

Ao longo do texto de 1933|32, Freud vai listando uma série de características tipicamente femininas, algumas peculiaridades psíquicas da feminilidade madura tais como: vaidade, narcisismo e vergonha. E, mais uma vez, o pano de fundo sobre o qual surge todas essas características é a inveja do pênis, a ponto de Freud levantar a possibilidade de esta ser sua idéia fixa. A feminilidade fica restrita à maternidade e é esse o caminho privilegiado para o sucesso do relacionamento homem/mulher

Um casamento não se torna seguro enquanto a esposa não conseguir tornar seu marido também seu filho, e agir com relação a ele como uma mãe (FREUD, 1996|1933|1932 p 137, 133).

No entanto, com tanta frequência sucede que apenas o filho obtém aquilo a que o homem aspirava! Tem-se a impressão de que o amor do homem e o amor da mulher psicologicamente sofrem de uma diferença de fase (FREUD, 1996|1933|1932 p. 133).

Apesar de propor tais soluções, a sexualidade feminina permanece enigmática para Freud e ele nos dá testemunho disso até o final de sua obra. É curioso observar que, quanto á compreensão da feminilidade, ele acaba por apelar para uma outra lógica, que não a científica – ele fala dos poetas.

O complexo de castração na mulher estimula a feminilidade e possibilita que o complexo de Édipo propriamente dito, ou seja, o amor pelo pai, se instaure; ao mesmo tempo, abre-se uma intrigante questão a respeito da formação do superego feminino, já que o motivo principal para a interdição do incesto, no caso masculino, que é a angústia de perder

o pênis, está ausente na mulher. Freud dedica os dois textos citados acima especificamente para discutir suas hipóteses a respeito do que dele mesmo havia chamado, em 1926, de continente negro. Em ambos, ele reafirma sua posição contrária a um paralelismo entre o desenvolvimento sexual masculino e o feminino, o que justifica, dentre outras razões, pelo fato de que o primeiro objeto de amor da menina é a mãe; além disso, como já sabemos, a vagina é considerada virtualmente inexistente. Dessa forma, não há nada que distinga a relação da menina e do menino com a mãe nessa etapa; até mesmo a fantasia de dar um filho à mãe está presente. Do mesmo modo, os fins sexuais da menina em relação às mães são tanto ativos quanto passivos; a passividade inicial se transforma aos poucos em atividade, traduzida em impulsos orais, sádicos e fálicos dirigidos a ela.

4.4 O feminino e a Moral Sexual Civilizada:

Em *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna (1908c)*, Freud vai pensar o embate entre o indivíduo e a cultura como adoecedor. Para ele, a moral sexual civilizada, que se baseia na repressão da sexualidade, seria o fator etiológico principal na formação das neuroses. Freud argumenta que existe uma repressão nociva na vida sexual dos povos civilizados, por meio da moral que os rege. Sua hipótese é a de que nossa civilização repousa sobre a supressão das pulsões, que cada indivíduo renuncia a uma parte de seus atributos em função do convívio social e disso resulta o acervo cultural comum de bens materiais e ideais. No entanto essa recusa precisa ter um limite, para não colocar em risco a saúde psíquica dos indivíduos. É nesse sentido que podemos pensar a constituição da subjetividade como modo de subjetivação psicopatológico, sempre e necessariamente, tal como postula a psicopatologia fundamental.

Ainda no referido texto, Freud considera a exigência da abstinência sexual até o casamento legítimo como problemática. Crítica a classe médica que endossa esse princípio e diz que a tarefa de dominar a pulsão sexual por outro meio que não a satisfação consome todas as forças do indivíduo. Para ele, a experiência demonstra que a maior parte dos indivíduos não possui a constituição necessária para enfrentar, com êxito, a tarefa de uma abstinência. Questiona se as relações sexuais no casamento podem oferecer uma total compensação para as restrições impostas no período anterior a ele, porque essa mesma moral restringe o casal a contentar-se com poucos atos criadores. Destaca que os indivíduos do sexo masculino se valem de uma dupla moral que lhes permite uma certa parcela de liberdade sexual, tentando assim escapar a essas exigências extremas (FREUD, 1908|1996).

A situação seria mais difícil de ser resolvida para a mulher, já que sobre ela recaem as maiores exigências e essa dupla moral não lhe é concedida. A Medicina, e principalmente a Psiquiatria, defendia de forma quase unânime que o casamento era a grande solução para a constituição frágil, virtualmente degenerada das mulheres. A dedicação à vida familiar e a submissão à tutela do marido seriam, para esses médicos, formas de contenção das tendências patológicas femininas. Freud contrapõe-se a isso sustentando que, muito pelo contrário, as mulheres, ao sofrerem as decepções do casamento, contraem graves neuroses e que a cura dessas afecções estaria na infidelidade conjugal. Como, devido à rígida educação que receberam, essa saída se tornaria moralmente impensável, acabam por sucumbir à neurose. Ressalta, sobretudo, que o casamento seria na verdade uma das fontes etiológicas da histeria.

Com sua perspicácia, Freud colabora então para derrubar um dos grandes mitos do século XIX, aquele que considerava que o casamento seria o grande remédio para os males femininos (NUNES, 2000).

Freud neste texto, além de criticar o casamento, formula uma crítica à forma como as mulheres são educadas. Argumentando que desde a infância, com o objetivo de preservar sua castidade, conserva-se a mulher ignorante do papel que irá desempenhar, retardando artificialmente suas funções eróticas e obstruindo sua capacidade de amar. Por outro lado, considera que a condenação da curiosidade das meninas em relação à sexualidade é um poderoso agente de inibição da capacidade de pensar. Para esse autor, essa repressão severa e precoce da sexualidade feminina estaria na origem de uma possível inferioridade intelectual da mulher, que não seria, inata, mas adquirida por uma educação inadequada.

De acordo com Nunes (2000), nessa perspectiva, a neurose histérica seria um refúgio possível para as mulheres diante do conflito insuperável entre seu desejo e o sentimento de dever que a moral estabelecida lhe impunha. Com esse argumento, Freud inverte a ligação entre patologia feminina e casamento, colocando a mulher não como uma doente que precisa casar, mas tratando o adoecimento feminino como uma possibilidade contida na forma como se organizou a civilização ocidental moderna.

Freud apresenta a mulher como vítima de um processo de repressão social: aquele que incide sobre o desenvolvimento da capacidade de pensar. Essa tese opõe-se à idéia francamente misógina, de grande força no limiar do século XIX, de uma menor capacidade intelectual inerente à condição feminina. Atribuindo esse fato à inibição do pensamento, ele se opõe à perspectiva naturalizadora, colocando o problema como uma fatalidade à qual a mulher estaria submetida pela cultura (NUNES, 2000).

De acordo com Nunes (2000), a partir do momento em que Freud começa a ouvir as mulheres histéricas que o procuram para tratamento, passa a derrubar alguns mitos sobre o sexo feminino, que o colocam como portador de uma essência patológica, degenerada ou primitiva. Nesse sentido, *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna* (1908) é uma espécie de libela em defesa das mulheres, tratadas ali como vítimas da cultura. Paralelamente, abre espaço para se pensar a histeria como um sintoma dessa moral que impede a mulher de exercer plenamente sua sexualidade. Se, por um lado, adota uma postura absolutamente conservadora em relação ao lugar que a mulher deve ocupar na sociedade e junto do marido; de outro, atribui a essa mesma organização social que delimita esses papéis a responsabilidade pela neurose feminina. A histeria não seria então uma neurose produzida por uma patologia intrínseca à condição feminina, e sim uma patologia que explode principalmente nas mulheres por serem elas as maiores vítimas das exigências que a civilização impõe à sexualidade humana. Interessante observar que é por meio de sua escuta das queixas femininas que Freud pode observar o impasse no qual a civilização ocidental moderna colocou a mulher e perceber claramente o quanto a histeria é um sintoma que denuncia as contradições entre o desejo feminino e sua pequena margem de realização. Entretanto ele restringiu-se a pensar o problema unicamente a partir da ótica da repressão sexual. Duas razões parecem relevantes nesse movimento (NUNES, 2000).

Segundo Nunes (2000), neste texto parecem relevantes as teses freudianas, não só no que se relaciona à formação de sintomas e à construção da neurose, mas também no que diz respeito à constituição do seu modelo de inconsciente e de sua concepção de sujeito. Diferente de Brinquet e Charcot, Freud volta a sexualizar a histeria, só que formula o conflito histérico como um antagonismo entre as pulsões sexuais e as exigências do eu, como um conflito intrapsíquico. Nesse sentido, integra uma corrente de pensamento que deixa de ver a histérica como um ser desdobrado entre um corpo autônomo e o sujeito, passando a tratar a divisão histérica como uma divisão interna, uma divisão do próprio sujeito.

Para Birman (2001), Freud, nos textos *Moral sexual nervosa* (1909) e *Mal -estar na civilização* de 1930, constrói uma oposição entre os eixos da *maternidade* e do *desejo* no que tange à condição feminina, de forma que, se pela dimensão da maternidade as mulheres se inscrevem na obra civilizatória, pela vertente do desejo elas são consideradas essencialmente anticivilizatórias.

Segundo Birman (2001), a formulação inaugural de Freud sobre o valor e a importância das mulheres na construção da civilização contidas em *Moral Sexual Civilizada*

e *Doença Nervosa Moderna* (1909) inscreve-se precisamente nesse registro. Com efeito, o comentário inicial de Freud – apesar dos efeitos mórbidos do processo modernizador sobre as mulheres, pela repressão sexual promovida por este, estas seriam agentes fundamentais desse processo inscreve-se tanto no contexto da reprodução biológica, quanto no dos costumes que aquelas promoveriam. Com efeito, enquanto mães que ao mesmo tempo atuam no registro da educação moral e nos cuidados somáticos, as mulheres seriam ainda e foram de fato agentes cruciais para a realização do projeto de modernização social.

De acordo com Birman (2001), nessa leitura de Freud, seria, a demanda sexual desmesurada e o imperativo do amor que colocariam a figura da mulher numa posição anticivilizatória e anti-social, tal como formulado depois em *Mal-Estar na civilização*. Dessa forma, delimitada ao mesmo tempo como agente civilizatório e anticivilizatório, isto é, entre catalisador da ordem e operador da desordem, a figura da mulher estaria polarizada entre maternidade e erotismo. Isso porque, como mãe, a figura da mulher seria sempre agente civilizatório e da ordem, enquanto, pelo segundo eixo, seria da desordem e do processo anticivilizatório. O erotismo seria sempre problemático à mulher, na representação forjada pela modernidade.

O discurso freudiano poderia reconhecer positivamente o papel crucial da mulher no processo civilizatório quando se referia à figura da mãe, e, em contrapartida, criticá-lo negativamente quando o desejo sexual estava em pauta. Enquanto a primeira figura provocaria a coesão social, a segunda, ao contrário, promoveria a dissolução dos laços sociais e até mesmo a possibilidade de sua devassidão. O erotismo feminino era concebido como essencialmente perigoso, pela ameaça de desordem que representava (BIRMAN, 2001).

No texto *O tabu da virgindade* (1918|1917), Freud chama a atenção para o fato de que muitos rituais e regras de evitação de contato com o sexo feminino, presentes em povos primitivos, podem estar vinculados a um medo generalizado das mulheres. Esse receio baseia-se no fato de que a mulher é diferente do homem, eternamente incompreensível, misteriosa, estranha e aparentemente hostil. O homem temeria ser enfraquecido pelas mulheres, contaminado por sua feminilidade. Freud, buscando explicar a frigidez das mulheres, diz que o fator desencadeante desse sintoma é a hostilidade da mulher em relação ao homem, que seria subjacente à inveja do pênis.

A mulher castrada aparece, como uma figura invejosa que, em função da ausência do pênis, estabeleceria uma relação de hostilidade com o homem (NUNES, 2000).

Freud, nesse texto de 1918|1917 sustenta que a exigência da virgindade é a continuação lógica do direito à posse exclusiva da mulher, que constitui a essência da monogamia. A virgindade seria necessária para que o homem que deflorasse uma mulher tivesse a possibilidade de exercer poder sobre ela, levando-a a uma relação de dependência e submissão. A jovem que manteve sua sexualidade reprimida durante muitos anos ficaria eternamente vinculada àquele que lhe proporcionasse a primeira experiência sexual.

Para Freud, a repressão sexual exercida socialmente sobre as mulheres teria um papel preponderante no sentido de fixá-la a um único homem, garantindo assim o sucesso do casamento e da monogamia (NUNES, 2000).

Freud (1918|1917) assinala que preservar a virgindade da jovem até o casamento garante não só sua fidelidade sexual ao marido, mas também uma dívida de gratidão que o deixaria numa posição de amo e senhor. Para ele, a manutenção da virgindade feminina e a proporção de resistência sexual que é vencida com a experiência de defloração estariam na raiz do estado de sujeição de um cônjuge ao outro. Como a questão da virgindade está basicamente ligada ao sexo feminino, Freud deduz que esse estado de sujeição seria mais freqüente nas mulheres, o que garantiria o contrato conjugal.

Freud argumenta que nem sempre as relações entre marido e mulher se passam de forma tão harmônica e que as esposas muitas vezes não se colocam numa posição de gratidão e submissão absoluta ao homem que lhes proporciona o primeiro contato sexual, tornando-se, muito pelo contrário, frígidas e hostis em relação a ele. Freud vai então explicar a frigidez e a hostilidade em relação ao homem como subprodutos da castração feminina (1918-1917|1996).

A inveja do pênis e o complexo de castração feminino seriam o substrato de cultura agressiva vivida pela mulher em relação ao homem. E essa hostilidade Freud não situa apenas na relação sexual ou na vida conjugal: aparece também nas aspirações femininas que extravasam o ideal doméstico (1918-1917|1996).

É de essencial relevância recordar que neste texto Freud faz uma comparação entre alguns rituais e o que se produz na civilização moderna, onde existe uma superestimação da virgindade. Localiza o tabu da virgindade e os rituais primitivos como a expressão do medo em relação ao sexo feminino, e a exigência de virgindade nas mulheres ocidentais modernas como uma forma de neutralizar essa temida hostilidade feminina. Se a exigência de virgindade em relação às mulheres pode produzir um estado de submissão e gratidão, ele seria uma espécie de antídoto contra a inveja e o ódio vivido pelas mulheres em relação à sua castração frente ao homem.

Segundo Nunes (2000), pode-se observar que, em vez de tratar esse temor como o produto de uma cultura, Freud justifica-o a partir de uma agressividade real, supostamente existente nas mulheres, como resultado do complexo de castração feminino e da inveja do pênis (NUNES, 2000). Nessa perspectiva, o terror vivido tanto pelo homem primitivo quanto pelo homem moderno em relação à mulher seria uma reação à capacidade destrutiva da mulher que, apesar de castrada, e por isso mesmo, deseja se tornar agente da castração masculina, privando-o do pênis invejado. Ele aponta, portanto, a existência de um perigo real, de uma mulher realmente castradora contra a qual o marido se protegeria mediante esse ritos de defloração.

4.5 Constituição subjetiva e o masoquismo

Faz-se necessário, nesse ponto, abrir um parêntese para discutir a questão da passividade inicial na criança em relação à mãe, que também não se restringe à menina. Ao contrário, trata-se de uma construção teórica freudiana que aos poucos ganha o estatuto de premissa. Em textos clássicos como *Bate-se numa criança* (1919) e *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud analisa fantasias de flagelação em pacientes, em sua maioria do sexo feminino, e consegue estabelecer um padrão de evolução dessas fantasias que compreende três etapas: a primeira, de caráter sádico, volta-se contra um possível rival da menina em relação ao pai, na maior parte dos casos encarnado por um irmão menor. O segundo momento constitui uma virada do sadismo inicial contra a própria autora da fantasia, ou seja, ela mesma passa a sofrer as agressões. As fantasias de caráter masoquistas seriam explicadas pelos sentimentos de culpa gerados a partir dos desejos incestuosos da menina pelo pai, que se ligariam à satisfação anal anteriormente experimentada, a qual a criança pode regredir como mecanismo de defesa em relação ao complexo de castração. Na terceira etapa o sadismo inicial é aparentemente retomado, pois a fantasia volta a incluir uma outra criança do sexo masculino que é espancada, mas na realidade ela reflete mais uma vez a satisfação masoquista, pois a criança que aparece nas fantasias se revela por meio das associações da análise, a própria autora das mesmas.

O fato de a criança espancada ser do sexo masculino, confirma, na menina a hipótese de um retorno ao complexo de masculinidade, na menina, como uma defesa. A transformação do sadismo em masoquismo, nesse momento, surge como uma consequência do recalque das representações das cargas libidinais dirigidas ao pai no complexo de Édipo. Freud diz claramente que o masoquismo não é uma manifestação pulsional primária, mas nasce de um retorno do sadismo contra a própria pessoa. Considera, portanto, a satisfação ativa, ou seja, tomar a mãe como objeto de amor, a modalidade primeira que, como

consequência, coloca o pai no alvo dos ataques de natureza sádica, os quais, após a formação do supereu retornam ao eu como punição (FREUD, 1919|1996).

A fantasia inconsciente, seja qual for sua natureza, é, portanto, um resíduo do complexo de Édipo, e essa conclusão é fundamental para a clínica psicanalítica. No texto o *Problema Econômico do Masoquismo* (1924), Freud produz uma reformulação importantíssima para a questão, acrescentando as articulações a respeito da pulsão de morte à questão das modalidades de satisfação: as fantasias masoquistas (ser castrado, suportar o coito, parir), caracterizadas como do sexo feminino, a rigor só podem se chamadas femininas *a posteriori*, pois na verdade dizem respeito ao que ele denomina masoquismo primário erógeno, que pode ser generalizado a todo ser humano, e que é o ponto de união entre pulsão de morte e pulsão sexual ligada ao eu. O masoquismo primário seria o resíduo da pulsão de morte dominada pela libido, dirigida ao próprio eu, apesar de seus parcial desdobramento em sadismo. Como afirma Freud: “assim, pois o masoquismo seria testemunho e uma sobrevivência daquela fase na qual se formou uma amalgama entre pulsão de morte e Eros, acontecimento essencial para a vida”.

A satisfação passiva passa a ser então a primeira e fundante da relação do ser humano com o outro, aqui encarnado pela mãe, e que só será objetivado num segundo momento em que a problemática da castração ainda não se apresentou.

Para Serge André (1986), a questão da atividade/passividade pode ser resumida na oscilação entre ser o objeto da mãe ou tomar a mãe como objeto.

De acordo com Prades (2001), a colocação do problema nesses termos é fundamental, pois, a não ser que se atribuam características naturais designadas pela anatomia, não se pode chamar de passividade da criança diante da mãe de feminina, e não apenas por ela se dar em ambos os sexos. Considerando, desse modo, que a passividade só pode ser chamada de feminina *a posteriori*, quando a diferença entre os sexos já foi instaurada no psiquismo.

A complexidade da construção da feminilidade se funda no desafio de a mulher lidar ao mesmo tempo com o afalicismo, necessário para afastá-la da passividade diante da mãe, e a tomada, *a posteriori*, da passividade especificamente feminina que a libere do “complexo de masculinidade”. Vê-se como desde o início essa passagem é paradoxal, a ponto de Freud articular três saídas possíveis para a resolução do impasse. Com efeito, apenas se pode afirmar que à mulher falta um pênis se considerar o falo como a referência para a construção sexual.

A destacada posição atribuída ao pênis inscreve-se na trama do complexo de Édipo, na medida em que este definiria não apenas a diferença de sexos e a ruptura das gerações, mas as identificações sexuadas nas subjetividades, superando e redefinindo os objetos parciais anteriores da história libidinal do sujeito. Isso não dá conta inteiramente do fato de que o pênis perdeu seu valor relativo na série dos objetos parciais, sendo alçado a uma posição de valor absoluto. Daí porque a expressão inveja do pênis se inscreve no discurso freudiano sobre o feminino de maneira destacada (BIRMAN, 2001).

5.6 Mulheres e o mal-estar

Freud analisa, ao longo de toda a sua obra, um conflito irreduzível entre o sujeito e a civilização, sendo que este conflito é fundante de toda subjetividade. Essa tese está desenvolvida longamente em um texto tardio, intitulado *O Mal-estar na Civilização*. Deste texto, extrairemos a seguir, aquilo que tem especial relevância para este trabalho e para os comentadores que seguem na mesma direção, em busca do entendimento da sexualidade feminina (FREUD, 1930).

Segundo Nunes (2001), há, de um lado, o amor, que funda a família e continuaria a operar na civilização tanto em sua forma modificada, como afeição inibida em sua finalidade. Em cada uma dessas formas, o amor continuaria a realizar sua função de reunir consideráveis quantidades de pessoas em torno de um interesse comum. Ambos, o amor plenamente sexual e o amor inibido em sua finalidade, criariam novos vínculos, seja pela formação de novas famílias no caso do primeiro, seja pela instalação de laços de amizade, no caso do segundo. Portanto a família, nesse modelo, estaria de acordo com as finalidades da civilização. No entanto Freud considera, por outro lado, que existe uma oposição entre os interesses da família e os interesses da civilização, expressada em um conflito entre a família e a comunidade a que o indivíduo pertence. Se um dos principais esforços da civilização é o de reunir pessoas em grandes unidades, à medida que a família estabelece laços mais estreitos, mais difícil será para cada um de seus membros ingressar no círculo mais amplo da cidade (NUNES, 2000).

Nessa perspectiva, a mulher aparece como a grande solapadora do pacto civilizatório. A mulher, para quem a família, o marido e os filhos devem constituir a totalidade da vida e ser fonte exclusiva de prazer e satisfações, dificilmente abrirá mão desses laços amorosos sexuais ou sublimados, em nome da civilização. A mulher passa a se situar então como antagonista do processo civilizatório, na medida em que se torna a grande defensora dos prazeres, principalmente dos prazeres do amor. Nesse trabalho, Freud argumenta que de início, por sua necessidade de amor, as mulheres colaboram com a civilização por meio do

casamento e da procriação, mas que são elas que ao mesmo tempo representam os interesses da família e da vida sexual, opondo-se à civilização (NUNES, 2000).

A mulher estaria em uma relação de oposição com a civilização por duas razões. Primeiro por estar situada no pólo sensual e amoroso, dando prioridade aos laços afetivos e familiares, recusando-se a abrir mão desses laços em nome do bem comum. Depois, em função da hostilidade e do ressentimento em relação a uma civilização que tão poucas possibilidades de realização lhe oferecia. Infantilizada por sua condição de dependente do homem, impedida de exercer livremente sua sexualidade ou mesmo de ter acesso a diferentes possibilidades sublimatórias, ela luta com unhas e dentes para preservar seu mundo doméstico, onde tem algum valor. Aqui a hostilidade da mulher extrapola a relação conjugal, atingindo a sociedade de modo geral (NUNES, 2000).

É interessante notar que a crítica freudiana às mulheres nesse momento visa exatamente ao comportamento feminino, considerado ideal dentro do modelo familiar burguês. Ideal que pressupunha para a mulher uma vida restrita ao ambiente doméstico e na qual a unívoca possibilidade de prazer estaria inscrita na relação com o marido e os filhos. Nessa perspectiva, os filhos deveriam tornar-se o falo da mãe, sendo dessa relação e desse amor que ela deveria retirar todas as compensações. Privada do convívio social, de qualquer atividade produtiva e intelectual, ignorante e dependente do marido, de onde mais extrair seu prazer senão de seu sexo e da maternidade? No entanto, essa mulher passa a representar para Freud também uma ameaça. Pela primeira vez ele passa a questionar o modelo familiar e o lugar que a mulher nele ocupa. É como se a própria ordem social, que engendra um tipo de mulher voltada para a maternidade, começasse a sentir os efeitos nocivos do estatuto dado à figura materna, agora fundamental no processo de constituição da subjetividade dos indivíduos. A mãe torna-se perigosa porque é fálica e dominadora. A interdição da vida da mulher e da sexualidade, que a infantiliza, ao mesmo tempo em que lhe dá um lugar ímpar nas relações familiares, começa a produzir uma mãe devoradora e incestuosa. Uma conduta feminina que privilegia o laço afetivo, familiar começa a ser pensada como um entrave às aquisições culturais e à produção de valores mais elevados, ligados à vida pública. É em relação a essa mulher que Freud, no final, vai tecer suas críticas. (NUNES, 2000).

É interessante assinalar que essa crítica à figura materna marca profundamente a psicanálise pós-freudiana na qual a mãe vai ser pensada como responsável pelo adoecimento dos filhos em função da falta de regulação dessa primazia, quase exclusiva e profundamente dependente que se estabelece no modelo familiar nuclear. O pai, por sua vez, passa a ser

pensado como o elemento que deve intervir, rompendo com essa fusão incestuosa (NUNES, 2000).

Segundo Nunes (2000), as teses freudianas, não abrem muitas saídas para a vida feminina. De um lado, a mãe começa a ser interpretada como um empecilho ao processo civilizatório, mas, de outro, qualquer movimento emancipatório ou de busca de outros interesses por parte das mulheres é tratado como um contra-senso, uma reivindicação fálica, invejosa, uma postura masculina ou mesmo homossexual. Mais próximas da natureza, incapazes de darem conta das exigências da civilização, narcisista, com menor senso ético, aos poucos Freud constrói uma imagem negativa da mulher. O sexo feminino, que ele desenha ao longo de sua obra, já não corresponde mais ao modelo romântico dos primeiros textos sobre a histeria, nos quais trata a mulher como uma vítima, a partir do embate entre a pulsão sexual e a cultura. Aqui o embate se travaria entre uma destrutividade inerente à feminilidade e a cultura, entre natureza e cultura, a mulher situada do lado da natureza, do corpo, da ausência de lei, pura pulsão e do incesto, e o homem do lado da civilização, das aquisições culturais, da ordem social e do primado da lei.

Nunes (2000) chama atenção para o fato de que essa modificação no percurso freudiano, que começa com uma defesa das histéricas e vai aos poucos desenhando um perfil feminino aterrador, manifesta-se a partir da construção de uma imagem da sexualidade feminina que aparece como perigosa, como um continente negro, como um enigma, que Freud tentará ao longo de muitos anos decifrar e procurar direcionar. É em relação à sexualidade feminina que ele aponta uma direção normalizadora, por meio da qual deverão ser suprimidos os aspectos perigosos inerentes à condição feminina. O Sexo feminino deve abrir mão de seus aspectos ativos, agressivos e masculinos, para assumir uma posição passiva, castrada e masoquista. É como se, diante do excesso sexual presente nas reivindicações histéricas e na potência materna, o único antídoto fosse a mulher sacrificar seu desejo, assumindo uma posição frágil em relação ao homem. Com isso, não só a mulher assumiria mais facilmente o lugar de esposa e a mãe dedicada como também neutralizaria o temor masculino diante das mulheres. Não é por acaso que em sua obra a idéia de um masoquismo inerente às mulheres é em muitos momentos articulada. A mulher masoquista, sem desejo, submetida ao homem, seria uma figura menos ameaçadora e mais adequada ao ideal burguês de feminilidade. (NUNES, 2000).

4.7. Ceccarelli: a dimensão fantasmática da sexualidade

Segundo Ceccarelli (2001), as transformações sócio-culturais da modernidade - em particular, as econômicas, os movimentos feministas surgidos após a I Guerra Mundial,

a "revolução sexual" dos anos sessenta, são alguns dos fatores que contribuíram para uma reorganização de valores e costumes. Ao mesmo tempo, as referências simbólicas do masculino e do feminino têm sido retrabalhadas, o que produziu conseqüências diretas nos modelos identificatórios e na construção da identidade sexuada. Também temos assistido a novas manifestações da sexualidade na contemporaneidade - tais como o transexualismo e o sexo virtual pela Internet. O surgimento da Aids criou um estado de coisas de tal forma dramático que obrigou a sociedade, quer ela queira ou não, a integrar os grupos minoritários: face a uma doença como a Aids que concerne a população como um todo e cujo a contaminação é feita principalmente por contato sexual - é a sexualidade do sujeito que está em jogo - não se pôde mais ignorar o comércio sexual, tal como a prostituição (feminina e masculina), que até então era, de certa forma, marginal em relação à sociedade oficial. Tudo isto trouxe a céu aberto aspectos da sexualidade que até então haviam sido reprimidos, ou estavam recalcados, gerando aquilo que podemos chamar de "novas configurações da angústia".

E de acordo com o autor referido acima, a psicanálise é fruto do contexto histórico onde ela surge. À parte a grande genialidade de Freud - que, com suas idéias, provocou uma das maiores revoluções no pensamento ao propor que a ordem se apóia no caos, ou seja, que por trás do pensamento racional "penso logo existo" existe o Outro que nos dirige e ao qual nunca temos acesso direto; que "não somos senhores em nossa própria casa" - o edifício teórico-clínico da psicanálise só foi possível aparecer devido à inúmeras variáveis de ordem histórico-político-econômico-sociais. Se a psicanálise não está fora da cultura, sem dúvida as mudanças sócio-econômicas deste século de psicanálise levaram a mudanças de demanda de análise.

Para Ceccarelli (2001) as noções de "masculino" e de "feminino", assim como as relações que tais noções mantêm entre si, têm sido repensadas na atualidade. Uma das conseqüências disto é que os papéis "classicamente" masculinos não se sustentam mais. A antropologia nos informa que a masculinidade, assim como a feminilidade, longe de serem realidades objetivas e muito menos fenômenos naturais calcados em elementos anátomo-biológicos são, antes, noções dependentes das formas culturais dentro das quais tais noções emergem. Os rituais para tornar-se homem não encontram equivalentes para o torna-se mulher. A masculinidade é construída num espaço social e político. Portanto, do ponto de vista da psicanálise, o interesse sexual exclusivo por homens ou por mulheres também constitui um problema que precisa ser elucidado, pois não é fato evidente em si mesmo. De fato, na origem somos todos bissexuais. Mas uma

tal afirmação deve ser bem entendida: não somos todos bi por que nascemos assim. No começo, no período da constituição do psiquismo, nos identificamos com as referências simbólicas do masculino e do feminino. A homossexualidade, o sentir-se homem ou mulher - o que nada tem a ver com a chamada "escolha" de objeto - é talvez a maior ferida narcísica que o ser humano tem a enfrentar.

Segundo Ceccarelli (1999) é preciso voltar um pouco na história para falar de mudanças ao abordar a sexualidade, em meados do século XX, quando, numa tentativa de retirar do domínio jurídico, certas manifestações da sexualidade ditas perversas, e transferi-las para a ordem médica a fim de que fosse “tratadas”, as pessoas passaram a ser identificadas por suas práticas sexuais. Assim, os comportamentos sexuais são transformados em identidades sexuais. Neste sentido, para o referido autor é um absurdo tentar reduzir a pessoa à sua prática sexual. No entanto, cada sujeito tem que lidar, a partir de seu nascimento, com a particularidade do contexto sócio-familiar que é único para cada um, posto que esses são elementos dados a cada pessoa para se constituir como tal. Nessa perspectiva, cada forma de sexualidade que o ser humano apresenta, por mais que, aparentemente esta sexualidade se encaixe, ou não, na “norma” ditada pelos costumes da sociedade na qual ele está inserido, é uma criação única. Entretanto, o porquê de tal forma de sexualidade é que pode ser explicada pelo mito que cada um de nós constrói. Neste sentido criam uma ficção para construir biografias, posto que nunca se tem acesso como, de fato, as coisas acontecem.

4.8 Questões teóricas do movimento feminista a cerca do debate da sexualidade

Consideramos como valiosa as articulações de Néri (2005) no sentido de propor uma análise para além das inúmeras divergências, as eventuais convergências e os possíveis pontos de articulação entre a produção do discurso psicanalítico e a produção do discurso do feminino. Ressalta que opera um deslocamento entre o *movimento feminista* estrito senso e o *movimento feminino* em um sentido mais abrangente. Haja vista, que entende o termo movimento feminista como vago e impreciso, que amalgama, e não revela, a diversidade dos discursos feministas ao longo de sua história, considerando que se trata na verdade de uma expressão mais organizada do movimento de mulheres em um processo de questionamento e produção de novas formas de subjetivação no período que vai do século XIX ao século XX.

Néri (2005) segue destacando que não pretende com esse deslocamento se esquivar de reconhecer a importância do movimento feminista, estrito senso, na inscrição de novas formas de subjetivação do feminino. Ao contrário, a autora interroga-

nos sobre a cristalização do discurso analítico em um discurso de oposição, rechaço ou indiferença em relação ao discurso feminista. Ressaltando que no fim desse século inegável e profundamente marcado pela revolução operada pelo discurso psicanalítico e pela emancipação das mulheres, seria extremamente enriquecedor sair dessa cristalização para, com o recuo histórico necessário, promover uma troca entre os dois campos: produzir, pensar sobre as eventuais articulações e diferenças desses discursos.

Seguindo essa linha de raciocínio Néri (2005) aponta a ausência de interesse e de produção teórica sobre a questão, ressaltando o silêncio das analistas, em virtude de certo mal-estar das psicanalistas em relação ao movimento feminista. Silêncio quebrado por raras referências pontuais no interior de um texto, quase sempre no sentido de marcar uma oposição conclusiva sobre os dois discursos. Encontramos mais iniciativas de algumas mulheres feministas exteriores ao campo da psicanálise, de tentativas de articulação entre os dois discursos, freqüentemente no sentido de esclarecer certas formulações psicanalíticas que teriam sido mal interpretadas pelas feministas, como é o caso de J. Mitchell.

Nas produções teóricas mais recentes de alguns psicanalistas que vêm se interrogando sobre o impasse da teoria psicanalítica sobre, a sexualidade feminina, salvo raras exceções, nenhuma referência é feita ao feminismo, nenhum reconhecimento de uma possível contribuição do discurso feminista na elaboração desse questionamento. Como se alusão ao feminismo e ao eventual peso deste em nossas formulações pudesse invalidá-las como antipsicanalíticas (NÉRI, 2005).

Foi assim que Luci Irigay ousou de maneira pioneira nos anos 1970, um questionamento da teoria psicanalítica no que toca a algumas de suas formulações problemáticas sobre a sexualidade feminina. Ela foi a única a ter levado mais longe a desconstrução dos discursos psicanalíticos e filosóficos- até as teorias estruturalistas de Lévi-Strauss e Lacan, que, em nome de uma ordem simbólica que transcende as sociedades, condenavam o feminino à posição de objeto das permutas sociais e ao impasse subjetivo (NÉRI, 2005).

Segundo Néri (2005) sobre essa questão, algumas das primeiras analistas foram mais ousadas no reconhecimento da positividade do movimento feminista, mesmo analisando-a criticamente e formulando outros caminhos para o movimento. Para L. A. Salomé, ainda que a luta pela emancipação das mulheres possa torna uma triste corrida para imitar os homens, que se afastaria de encontrar uma especificidade do feminino ainda s ser construído pela mulher, ela possibilita a evasão da mulher da estreiteza do

circulo familiar. Talvez essas primeiras analistas, que viveram tão de perto a difícil saída do aprisionamento familiar, graças á qual elas puderam se constituir em analistas , não pudesse se furtar a essa questão.

Visto em perspectiva, o feminismo integra o longo processo de mudança que acompanhou a modernidade e que envolveu a emancipação dos indivíduos das formas tradicionais da vida social. Segundo Sorj (1992) a recusa da modernidade em conferir à tradição um poder normatizador das relações sociais uniu o feminismo às promessas de reconstrução da modernidade. Estas promessas diziam respeito, principalmente, à equalização dos papéis sociais entre os sexos e foram sendo gradativamente consolidadas no final do século XIX, com a conquista pelas mulheres de direitos civis eleitorais, trabalhista dentre outros, direito à educação, a decidir quantos filhos quer ter e quando.

A mobilização pelos direitos da mulher começa com a premissa de igualdade entre homens e mulheres sob todos os pontos de vista, mas principalmente sob o da cidadania e dos direitos civis. E segundo Lasch (1997), foi a partir da luta pelo sufrágio universal, na segunda década do século XX, que as discussões sobre a submissão feminina e a igualdade entre os sexos tomaram maior consistência e, desde então, foram preparando o terreno para a revolução sexual da década de 1960.

Apesar de já ter notícias de movimentos de mulheres em busca de condições mais justas desde a Revolução Francesa, tais movimentos não tiveram conseqüências mais profundas no que diz respeito a ganhos concretos para as mulheres, quer seja no terreno social, político ou ideológico. A explicação para que, num momento de tantas mudanças e revoluções, as reivindicações femininas não tenham tido maiores repercussões é a de que foi necessário um longo caminho, percorrido nos séculos XIX e XX, no sentido do enfraquecimento da figura de autoridade centrada no pai e da consolidação dos ideais liberais, até que a igualdade entre os sexos pudesse avançar.

A crítica feminista contra a divisão do trabalho, que confinava a mulher em casa, era também uma crítica ao “culto da domesticidade”. Todas as sociedades distinguem o trabalho feminino do trabalho masculino, mas só recentemente é que o “lugar da mulher” foi definido de maneira e excluí-la da participação do trabalho fora de casa. Antes da separação radical entre a vida doméstica e o mundo do trabalho, ocorrida durante a modernidade, à mulher tinha sempre algum tipo de vinculo com as atividades produtivas da família e, conseqüentemente, da comunidade (LASCH, 1997).

O declínio do trabalho artesanal, caracterizado pela produção doméstica, e o incremento do trabalho assalariado, aliado aos ideais individualistas, tornaram possível- e até necessário- conceber a família como um lugar de recolhimento afastado do mundo exterior cada vez mais impessoal. O “culto da domesticidade”, como ficou conhecida essa valorização do espaço privado da casa, tinha como um de seus sustentáculos a glorificação da maternidade, o que mantinha a mulher ainda mais no registro privado da vida no lar.

No entanto, como afirma Lasch (1999) a retórica da maternidade e da vida doméstica não pode ser entendida como a descrição completa da vida das mulheres no século XIX e início do século XX. Pelo contrário, donas-de-casa e mulheres solteiras participavam de várias atividades que as faziam sair de casa. Essas atividades envolviam associações beneficentes que atuavam junto a vários momentos e que agitavam a sociedade: ligas anti-alcoólicas, movimentos contra escravidão (no caso específico dos Estados Unidos), luta pela libertação das mulheres, pela abolição do trabalho infantil, criação de tribunais juvenis, discussão de leis de controle farmacêutico e alimentar, etc. Além disso, o trabalho como voluntárias sustentava uma vasta gama de serviços públicos como bibliotecas, hospitais e creches. Entretanto, como não se tratavam de atividades remuneradas, não eram consideradas um trabalho. O auge dessas atividades foi alcançado na segunda década do século XX, com a fase final da campanha pelo direito de voto para as mulheres.

Com o tempo, principalmente com o fim da Segunda Guerra e a necessidade de empregar os homens que dela voltavam, essas atividades transformaram-se em trabalho remunerado. Não era possível para as mulheres, nesse momento, competir em pé de igualdade com os homens, até porque não existiam ainda redes de serviços como as creches, por exemplo, para dividir com eles a criação dos filhos. Desta forma as mulheres se recolheram novamente ao lar, uma vez que, um trabalho remunerado exigia um grau de comprometimento incompatível com as atividades domésticas. Essa situação durou até mais ou menos a década de 60, quando se iniciou o movimento feminista propriamente dito.

Uma das obras de referência para este movimento foi à publicação do livro *O Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir antecedendo quase vinte anos o florescimento do movimento político, a sua tradução para o inglês data de 1953. Considerado por Arán (2003) o berço do feminismo contemporâneo.

Segundo Roudinesco (2003) desde sua publicação *O segundo sexo* causou escândalo. Não por seu conteúdo, de uma pujante erudição, mas porque fora escrito por uma mulher e invertia o olhar que o gênero humano havia lançado sobre o sexo e o corpo das mulheres até então. Uma mulher falava aos homens e às mulheres desse mistério da sexualidade feminina, que valera a Tirésias seu castigo. Beauvoir estudava a sexualidade das mulheres sob todas as suas formas levando em conta não apenas a realidade biológica, social e psíquica das práticas sexuais, mas também os mitos fundadores da diferença ao quais associava uma abordagem da vida privada e, como Freud, que recebera uma chuva de injúrias ao ousar falar da sexualidade infantil, foi obrigada a enfrentar uma explosão de ódio: “frigida”, “ninfomaníaca”, “lésbica”, “mal-amada”.

Para Roudinesco (2003) sem citar muito Melanie Klein e, sem compreender direito a discussão interna que opunha entre si os herdeiros de Freud, Beauvoir criticava os psicanalistas por colocar o destino feminino em cima daquele ideal, um pouquinho modificado, do homem. E afirmava a existência de um segundo sexo: “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Assim como para Sartre o anti-semitismo não era um problema judeu, para Beauvoir o anti-semitismo não era da alçada das mulheres, mas da sociedade dos homens, inicia responsável a seus olhos por sua sujeição a ideais masculinos. Com esta frase, respondia de fato à famosa fórmula de Freud tirada de Napoleão. O destino, dizia ela em substância, não é a anatomia, pois o sexo das mulheres é uma questão política.

Beauvoir fazia da sexualidade feminina uma diferença, à maneira da escola culturalista americana, de Ruth Benedict a Margaret Mead: a cada cultura seu tipo psicológico, a cada grupo sua identidade, a cada minoria seu *pattern*. De modo que a sociedade inteira não passa da soma de suas diversas comunidades: as crianças, os judeus, ou loucos, as mulheres, os negros, etc (ROUDINESCO, 2003).

Para Roudinesco (2003), contudo, conferia um conteúdo existencial a essa diferença: o feminino permanecia a seu ver um *devoir* perpétuo que não se enraizava nem no social, nem no inconsciente, nem no biológico, mas que se construía de forma dialética no vivido do sujeito, em sua consciência. A mulher era outro, o outro do homem, alienada na imagem que a sociedade masculina lhe remetia dela mesma. Sob esse aspecto, Beauvoir negava a existência do inconsciente freudiano. Não apenas o considerava uma instância biológica que obstrui a liberdade humana, como lhe atribuía um valor universal que a seu ver excluía a diferença feminina.

O segundo sexo não deixava de lado nem a noção de construção identitária, nem a de estrutura simbólica. Mas situava a construção da identidade feminina do lado da cultura e não da natureza, chegando a negar a importância da diferença biológica dos sexos. Como consequência, pensava essa construção em função de uma pura relação de alteridade (ROUDINESCO, 2003).

Para Roudinesco (2003) em sua vida como em seu livro, Beauvoir separava feminilidade da maternidade, a ato carnal da procriação, o desejo de reprodução. Longe de remeter as mulheres a seu estado de mãe, chegava inclusive a recusar a idéia de que a maternidade fosse outra coisa que não coerção ligada a uma insatisfação. A idéia era nova, subversiva, escandalosa. Beauvoir não foi a única a lançar um olhar novo sobre a condição feminina no dia seguinte dessa guerra de destruição em massa, a segunda guerra mundial.

Para Neri (2005) as feministas, as mulheres nunca seriam livres até que pudessem competir com os homens, de igual pra igual, no mercado de trabalho. Nesse ponto, a atenção dispensada às questões referentes à maternidade e à criação dos filhos foi absolutamente necessária para que tal objetivo pudesse ser viável. A disponibilidade de creches, a descoberta da pílula anticoncepcional, as lutas pela legalização do aborto - dando às mulheres um controle maior sobre o próprio corpo- eram condições elementares para a eliminação dos obstáculos à assimilação da mulher no mercado de trabalho. A conquista da maternidade livre, o direito a dispor de seu corpo e de sua sexualidade, são aspectos da luta das mulheres - uma luta do feminino não necessariamente restrita ou conduzida pelo movimento feminista - que nos parece, seguindo a autora, particularmente rico e não suficientemente valorizado. Questões que nos remete aos modos de produção de subjetividade em tempos de aids, haja vista que tal movimento funcionou como reorganizador de novas demandas tanto psíquicas como sociais desde então, estabelecendo novos arranjos que incidem sobre as posições masculinas e femininas.

CAPÍTULO 5

5 RESULTADOS: ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA

5.1 Dinah e a força de um ideal: casar virgem é ser vulnerável.

Em nossos encontros, Dinah parecia disposta a falar mesmo com muita dor. Entre o relato da dor “terrível” que atravessava seu corpo, que lhe impedia de “sentar”, “deitar”, “comer”, “descansar” e “manter relações sexuais”, Dinah queria rememorar coisas muito antigas, falando de sua infância e do quanto era bela em seus tempos de juventude, época em que se permitia ser livre para circular. Era como narrar um casamento que ocorreu “cedo em sua vida” e no qual não se “via livre para trabalhar”, transformando-se assim em uma “mulher caseira”, “uma doméstica”, “mãe amorosa”. Parecia fazer um movimento psíquico que permitia a ela, por meio de suas associações, regressivamente, retrazar seus caminhos até sua chegada ali, no hospital, em uma enfermaria de SIDA, enfim, ao encontro psicoterapêutico, onde ela se via “livre” para falar de seu páthos, seu sofrimento, de suas paixões desmedidas e seus excessos.

“Não fui criada assim”

Dinah fez uma associação de bastante relevância em seu atendimento, com duas expressões que foram por ela trazidas: “não fui criada assim” e “no meu tempo o sexo não era tão liberal”. A expressão “criada” ao invés de educada reflete bem a forma de constituição de sua subjetividade, atravessada pelos seus Ideais, uma constituição subjetiva, “a criação” de Dinah, onde o “sexo”, não era tão “liberal”, e o ser mulher era ser “uma boa mãe, caseira, doméstica e casar-se virgem e só ter um homem”.

Para compreender o *pathos* de Dinah, tomo como referência a hipótese de Freud (1930) de que as renúncias pulsionais impostas pelo processo civilizatório não bastariam para inibir o retorno do sexual recalcado. E é aí que entram os Ideais de eu, que desde o início tem a função, mais tarde definitivamente atribuída ao supereu, de promover o processo de recalçamento. Assim, segundo sua tese, os ideais, que são construções culturais, modelos de identificação a figuras parentais e seus substitutos, são instâncias para normatizar aquilo que, de outra forma, seria percebido como ameaçador – a realização do desejo.

Mas Ceccarelli (2000) nos adverte, com Freud, que tal empreitada, é em sua essência, impossível, pois o sexual infantil está sempre pronto a fazer retorno nas situações mais inusitadas e nos momentos mais inesperados como nos sonhos, atos falhos, sintomas, fantasias secretas e nos desejos inconfessáveis. As frustrações e as

insatisfações que levam as pessoas aos nossos consultórios, ou como no nosso caso, às enfermarias de SIDA, tudo isso testemunha o fracasso tanto do recalçamento quanto da tentativa de criar-se uma sexualidade Ideal que se pretenda universal. De fato, os ideais estariam também imersos na tentativa de adestrar as pulsões.

Em tempos de Aids, esses ideais, a serviço do adestramento das pulsões, são relatados com frequência na clínica com pacientes com Aids, pois com seu advento o “proteger-se” da possibilidade de contaminação – ideal, que é tido como normal – encontra força e expressão para a repressão dos impulsos sexuais, fazendo manifestos os Ideais de nossa cultura, que como afirma Ceccarelli (2000), em sua construção tem forte influência da tradição judaico-cristã, na qual o que seria normal em termos de sexualidade, seria o que a referência animal nos mostra, uma sexualidade dedicada à preservação da espécie, com pouco espaço para o prazer.

Assim, para Dinah qualquer transgressão de seus ideais de ser mulher implicaria em castigo e punição. A punição parecia ter vindo a ela sob a forma de uma doença, a Aids, e como tentativa de regenerar-se de seus “pecados” suspendeu sua prática sexual, pois o “prazer/pecado” poderia levá-la a morte, assim como a perda do amor parental. Devemos lembrar aqui que Dinah pensava que não iria ser aceita pelos familiares, que iria ser banida e rejeitada por ter Aids, ou melhor por desejar, pois aprendera que uma mulher não deve desejar. Tinha medo dos preconceitos de seus familiares, preconceitos que projetados de seu interior, ganhavam intensidade fantasmática.

Ceccarelli (2000) faz referência à perspectiva, de castigo e de cura, que atravessa séculos perpetuados pelos ideais higienistas e moralistas de ideologias religiosas de diversos tempos, que se confundiram em algumas épocas com as finalidades da medicina, estão presentes nos dias atuais, nos constituindo enquanto sujeitos. Como exemplo, este autor utiliza o preconceito em torno do vírus HIV, que é de difícil combate e controle epidemiológico, alvo de preconceito cujas origens encontram-se na idéia bastante antiga de pecado e punição pela prática de uma sexualidade ilícita, ou seja, sem fins procriativos.

Neste sentido, o que escutei de Dinah parecia ser da ordem de um Ideal que proclama que o prazer sexual é proibido ou ameaçador. Sendo assim viver o prazer sexual vai de encontro às injunções e advertências clássicas transmitidas pelos pais e pela cultura à criança Dinah, mas como nos diz Freud no texto *Sobre a tendência universal a depreciação na esfera do amor: Contribuições a psicologia do amor II*:

As pulsões do amor são difíceis de educar; sua educação ora consegue de mais, ora consegue de menos. O que a civilização pretende fazer delas parece inatingível, a não ser à custa de uma ponderável perda de prazer (FREUD, 1912. p. 195).

Sendo as pulsões do amor difíceis de educar, Dinah via-se “presa” talvez de um superego tirânico. Como Freud observa em vários de seus textos, o superego é formado não só pelo precipitado da autoridade paterna, mas também por fatores externos – Os Ideais, que pertencem ao sistema social onde o sujeito encontra-se inserido. Sendo assim as figuras que forma o superego e os Ideais derivam do mundo exterior. Estas figuras guardam as influências do passado e da tradição, assim em seu “tempo”, no tempo de Dinah, nos ideais de Dinah, uma mulher não podia pedir o preservativo, não podia assumir seus desejos e que uma sexualidade desvinculada da maternidade, pois poderia ser confundida com uma prostituta. “Presa” parecia ser um significante importante para Dinah referente também à sua maneira de relacionar-se afetiva e sexualmente, poderia significar sua dificuldade de negociação na relação sexual para a preservação de sua vida e, já que não conseguia negociar abertamente o preservativo, tornou-se vulnerável à infecção do HIV.

Assim com a negação de seus desejos, Dinah também negava sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV, mas devemos pensar que o mecanismo de defesa que utilizava, poderia também ser a única forma encontrada, a única *solução* nos termos de Joyce Mc Dougall (1997) para viver sua sexualidade e, quem sabe, não adoecer psiquicamente. Portanto o que pareceu latente na fala dessa mulher, era que ela lutava para manter-se viva e desejante, mesmo presa aos seus ideais que a vulnerabilizavam.

“Perdoar” ou “julgar”

Dinah cogitou em algum momento colocar seu ex-parceiro na justiça, por lhe ter transmitido o vírus HIV, relatando que este já havia contaminado outras antes e depois dela. Mas me disse “*já ter perdoado a ele e a ela mesma*”. Parece não sem razão, que esta associação foi feita por ela dessa forma: “*a ele e a ela mesma*”, os dois culpados por terem vividos “*livremente*” uma relação sexual visando o prazer, tão somente o prazer, que teve, em sua fantasia, como castigo, a Aids. O parceiro, aos olhos dela,

parecia digno de compaixão, por estar doente de Aids e por ter uma sexualidade que o castigará com uma doença da magnitude da Aids.

A ambivalência afetiva, com relação a este parceiro, também parecia presente em Dinah, amor e ódio, circulavam em seu interior de forma tão marcante, que ela “não queria pensar (nele)”, ou talvez não conseguisse pensar, “presa” que estava aos seus Ideais.

Assim Ceccarelli (2003) nos adverte que a base que sustenta os ideais é sempre mítica e os mitos, dado o meio como em geral se transmitem, ou seja, constitucionalmente pela parentalidade, fazem com que, em geral, os povos nunca descubram que se trata de mitos, mergulhados que ficam em seus pontos de vistas, prisioneiros das próprias tradições, prisioneiros ou “presas” como Dinah, que não conseguia pensar-se dentro de outra referência, seu ser mulher.

“Mulher de bem” ou “prostituta”

Para Dinah “uma mulher de bem” que seria uma “mulher caseira”, “uma doméstica”, “mãe amorosa” “que deve casar-se virgem” e “uma mulher de vida fácil”, que seria uma “prostituta”, uma mulher que exerce sua sexualidade sem fins procriativos e sim pecuniários, pareciam ser opostos presentes em sua vida psíquica. Opostos, a virgem-mãe-doméstica e a prostituta, revelados como os dois lados de uma mesma fantasia, não lhe permitiu viver uma sexualidade livre de seus ideais parentais: “não podia pedir camisinha, pois poderia ser confundida com uma prostituta”. Assim impedida de proteger-se dos efeitos mortíferos de seu masoquismo, torna-se vulnerável à exposição ao HIV.

Vulnerabilidade e transferência

Dinah pareceu colocar-se em nossa relação transferencial um bebê desamparado que necessitava de um outro para viver, para protegê-la de seus impulsos mais hostis contra ela mesma, no qual o prazer de uma vida sexual era procurado concomitantemente com a dor de trair seus ideais de eu. A culpa com que seu masoquismo a brindava, mesmo já doente e suficientemente sofrida, pelos desejos que a atravessavam, faziam dela uma mulher de obediência incondicional e passiva aos seus parceiros.

O masoquismo de Dinah foi desvelado em nossa experiência psicoterapêutica, não sem dificuldades, me exigindo análise e supervisão, pois a paciente se colocava, enquanto desamparada e vítima de sua sexualidade, fazendo brotar em mim sentimento

de responsabilidades por sua vida, seu risco de morte, assim contratrasferencialmente, eu, em alguns momentos, me via colada no papel de mãe, do bebê Dinah, com ela acreditando que não tinha recursos para se proteger. Me vi assim “presa”, em alguns momentos, nos ideais de Dinah. Afinal, como mulher e psicoterapeuta, em mim, tais ideais encontravam ressonância, de modo ao mesmo tempo familiares e estranhos, haja vista que também estão em mim introjetados esses modelos e padrões culturais: ser mulher/ ser mãe/ser prostituta.

A atenção flutuante me auxiliou nesse período difícil, assim pude escutar seu prazer com a dor de se submeter e obedecer passivamente os parceiros, estes tidos como responsáveis por ela. Repetia-se, assim, compulsiva e transferencialmente, sua forma de relacionar-se. A mim, em certo momento, me veio o pensamento consciente de minha impotência para preservá-la, para introduzir algo como um “preservativo” de sua vida, isso talvez possa nos ter auxiliado em nosso trabalho psicoterápico, de alguma maneira, pois após esse momento, ela pode lamentar não ter usado o preservativo, refletindo que poderia ter solicitado a seu parceiro, assim se colocando como responsável por sua exposição.

Portanto investigando psicoterapeuticamente os processos inconscientes de subjetivação operantes, o par psicoterapeuta-paciente descobriu que a maneira como Dinah se posicionava nos relacionamentos afetivos e sexuais eram determinados pela identificação imaginária com ideais sociais sobre o ser mulher, historicamente construídos e em plena circulação no imaginário social ainda nos dias atuais, estando fixada em uma identidade sexual de gênero que concebia as imagens de homem e de mulher e, portanto, sua e de seus parceiros, como pares antitéticos: força/fraqueza, atividade/passividade, poder/submissão. Esta fantasia imaginária levou Dinah a negar seus temores de contaminação, a aceitar passivamente relações desprotegidas, atribuindo ao parceiro a iniciativa sexual e, suportando, silenciosamente, o sofrimento decorrente do conflito psíquico que emergia depois de cada prática de risco e dos afetos decorrentes após a sua contaminação. Neste sentido podemos pensar que, no caso de Dinah, as relações de gênero impõem arranjos fortalecedores da subordinação feminina e que, por isso, podem ter facilitado a exposição da paciente ao HIV.

Então, temos como hipótese que um modo de subjetivação psicopatológico masoquista feminino, que segundo Freud (1924) faz com que o sujeito tenha uma certa satisfação quando se expõe ao sofrimento, se posicionando como vítima, o que tornou Dinah vulnerável à relações desprotegidas para o HIV, por não criar condições

psicológicas para que ela cogitasse adotar uma atitude ativa de prevenção com o uso do preservativo.

Dinah e as mulheres

A fala de Dinah, apesar de brotar do singular de sua subjetividade, não deixa de ecoar as falas apresentadas no capítulo em que abordo as contribuições dos estudos interdisciplinares e de gênero. O estudo deste caso torna plausível a tese de que ainda reside como ideal de nossa cultura, a mulher mascarar seu desejo, ser virgem, de um homem só, com quem realizará a procriação. Essa é Dinah que, em sua compulsão a repetir, repetiu o silenciamento de seus desejos.

Mas não se trata aqui de fazer acusações de gênero ou de sexos, trata-se de ouvir o que nos dizem essas mulheres em tempos de Aids. Os fantasmas não são educáveis, não são domáveis ou domesticáveis, as pulsões não podem ser vestidas com um preservativo e, nem estão avisadas que vão ser contaminadas pela Aids, pois imbricadas que estão no circuito vida /morte, nem a sentencial propaganda nossa de cada dia, nos auxilia na prevenção da Aids, que se associa tão intimamente com a sexualidade de cada um.

Então o que temos a fazer é propagar, e não fazer propaganda, que há um sujeito, que há subjetividade e formas de subjetivação, para além das contagens de números. E este sujeito é atravessado por seu inconsciente e nele “não há” inscrição de morte, mas há a circulação das pulsões que pulsam como desejos, tanto faz em que proporção se misture dentro dele o masculino e o feminino.

5.2 O QUE DESEJA ALICE? EFEITOS DE UM SEGREDO MORTÍFERO

A casa e o corpo: um espaço vazio

Alice vivia há muito tempo sob a égide de sua cruel autodepreciação e autodestrutividade, imersa em uma melancolia, procurando destruir-se, nunca se protegendo em suas relações afetivas e sexuais, jamais usando preservativo. Podemos aqui evocar igualmente a lembrança de seus sintomas bulímicos, onde a busca de preencher um vazio que a assolava de dentro, de seu íntimo acabava por deixá-la em tal estado de anemia que era obrigada a submeter-se a inúmeras transfusões.

Aqui me permito algumas especulações. Talvez, para Alice, mudar seu sangue, receber outro, poderia, em sua fantasia, ter o sentido de extrair o que a fazia filha de seu pai, defendendo-se de uma vinculação incestuosa. Assim, Alice poderia finalmente depositar seu pai, tomá-lo definitivamente para si. Mas também poderia revelar, em se

tratando da Aids, de tentativas sucessivas de contaminação pelo HIV, repetindo no real do corpo uma contaminação vivida no imaginário, a impureza do incesto.

Um triângulo silencioso

Alice, em seu atendimento, faz uma narrativa de seu ambiente familiar silencioso, descrevendo sua mãe como sujeitada e submissa e, a seu pai como melancólico, alcoolista e violento.

Parece a mim plausível que se trata de uma família imersa na melancolia, uma mãe triste e inibida, um pai suicida, que fazem um pacto de silêncio em uma casa onde estão unidos pelo vazio e separados por cômodos. Alice retrata em seu atendimento, pois assim me chega enquanto imagem ao escutá-la esse ambiente familiar: um pai que nunca permitiu que ela dele se desvinculasse e, uma mãe que compactuou a duras penas com essa trama edípica incestuosa.

Alice relata que seu pai sempre desferia injúrias e críticas contra qualquer um que ousasse dela se aproximar e, defendia vigorosamente a permanência dessa filha em sua casa. Qualquer pretendente amoroso, amigo, qualquer pessoa para a qual Alice demonstrasse afeto e consideração era humilhado, ofendido e expulso. À Alice era ordenado o afastamento imediato, usando como justificativa, a indignidade desses outros, que ao pai eram ameaçadores.

A mãe, que com o pai sempre concordava, largou seu emprego, sem explicar muito bem quais os motivos para a paciente, enigma que a tortura até hoje, pois após tal decisão a mãe, aos seus olhos, se submete aos caprichos de ser uma “servente” desse pai, que segundo ela, passou a tratá-la como mera empregada.

Entre mãe e filha havia uma rivalidade declarada e exacerbada, rivalizam claramente pelo amor deste amo-pai, sua atenção, seu afeto, ambas recebendo deste em troca, quase sempre, bastante desprezo e desdém.

A ambas restou fazer um pacto de silêncio para que o pai não soubesse que Alice tinha aids, já que ambas, ambivalentemente, desejavam ainda o amor desse homem. Parece bastante provável que mãe e filha quisessem esconder algo mais: a traição dessa filha, a clássica traição que devem ser empreendida pela filha ao pai com o intuito de romper o circuito incestuoso.

Efeitos da transferência

Alice, na relação transferencial, se colocava enquanto alguém bastante indigna de consideração. Ao chegar para atendê-la, às vezes, de forma violenta, me perguntava

se não havia alguém mais interessante para eu escutar. O que ela achava de sua história que não era interessante ser escutado por mim, eu perguntava. O silêncio pôde ser rompido lentamente, com bastante dificuldade começou a abrir uma ponta do iceberg de segredos contidos. Parte desse gelo se quebrou, definitivamente, quando me revelou, após um silêncio de seis anos, que tinha Aids. Segredo nunca revelado a ninguém de sua família, de suas relações próximas. Parecia surpresa com a sua possibilidade de falar e de ser escutada.

Assim começou a revelar alguns pontos importantes de sua enigmática trama familiar me levando a acompanhá-la em seu *páthos*, em sua desmesura, em sua destrutividade, que em alguns momentos me levava a me sentir exausta, sem energia, sentimento contra-transferencial que para mim fechou a hipótese de seu modo de subjetivação melancólico.

Um dia pude conhecer sua mãe, que fugia sempre que me via, dizia que precisava me deixar a sós com ela. Às vezes saía, quando Alice dizia estar a minha espera. Alice sorria sempre, e me dizia “ela vai se sentir envergonhada do que tenho para falar e me disse que falar com você sozinha vai ser bom para mim, pois tenho muito para falar, acho que ela dessa vez tá certa, já consegui falar demais com você”. Essas palavras foram pronunciadas no dia de sua alta médica. Propus a Alice que desse continuidade em seu atendimento psicoterápico e esta me diz que agora gostaria muito de falar e que iria fazer o acompanhamento na Casa-Dia, local que presta atendimento a portadores do vírus HIV /Aids.

5.3 ANA LAURA NO TRAPEZIO: VAI PAI, VEM AIDS

Com Ana Laura tive uma experiência muito especial. Quando fui ao seu encontro nada sabia dela, a não ser que havia desferido ataques violentos contra a equipe de profissionais do hospital. Aqui vale lembrar sua expressão de espanto e surpresa quando falei a ela de minha disponibilidade em escutá-la, parecia que há muito desejara falar de sua história, me dizendo: “puxa a história da minha vida dá para escrever um livro”.

Leito e vida infernal

Ana Laura logo em nosso primeiro atendimento me faz saber de sua solidão, das condições em que sobrevive à Aids, relatando a sua casa como sem higiene onde agonizava em um colchão “sujo” e “fedorento”.

Recorrendo às suas associações posteriores, podemos arriscar a interpretação de que quando falava desse colchão, poderia também estar falando de seu leito, leito de amor e “*infernai*” no qual ganhava a vida como prostituta. Leito que a fez adoecer de Aids.

Seios: armas contra o desamparo

Bem diferente do que eu havia ouvido da equipe, ao escutar Ana Laura, esta parecia uma mulher bastante “vulnerável” e “solitária”. Demorei a colocar em palavras, aqui escritas, o que senti neste encontro com esta paciente e, só a partir de minha própria análise, de supervisões e de muito estudo teórico e debates, me dei conta do que de visceral me atravessou neste atendimento: a violência silenciosa.

Assim me refiro ao vínculo que a paciente fez comigo, violento, transbordando desamparo. Porque me refiro assim a esse vínculo transferencial, se o leitor tentar seguir-me, construindo imagens, talvez me faça compreender. Logo em nosso primeiro atendimento, Ana Laura me mostra os seios, que deixa semi-expostos durante o atendimento. Quando trago essas palavras às imagens a que me remeto em minha memória são de seios pontiagudos, como armas. Assim a paciente me apresentou suas armas, desafiantes, armas de sobrevivência e de sedução, que estiveram apontadas repetidamente, a vida toda, para todo mundo e, não seria diferente comigo. Nesse sentido, armas que parecia revelar suas mais intensas resistências e defesas.

Foi preciso que eu pensasse em suas defesas e resistências e isso só foi possível quando na transferência me deparei com uma menina de seis anos.

Abrindo o livro

Ana Laura fala de si: “sou muito inteligente doutora, a senhora ainda vai ler meu livro, pena que não sei escrever”. Eu, então, lhe disse: “mas você pode falar”.

Fui convidada a viajar com ela no livro de sua história, que em muitas línguas, como as que aprendeu para falar com os clientes, trouxe já, de início, memórias de seu passado mais primitivo, a infância se fez presente em cores e nuances em nosso atendimento e, assim, Ana Laura, me captura nessa leitura, uma viagem de descoberta de uma menina que desde os seis anos sofreu a violência do abandono pelos pais. E era com essa menina que me deparei, aos seis anos, viu seu pai ir embora com o circo, “pai trapezista e rueiro”, assim como ela iria se tornar mais tarde uma “rueira” do cais, da vila da Barca, nos seus anos de prostituição.

Ocorreu-me que o encontro com o salvador que tanto almejou na adolescência, poderia ser com esse pai que foi embora. Mas também, como ele havia ido para a rua,

identificada com ele, foi para a rua também. Ana Laura, tão logo perdeu seu ideal de encontrar um homem que a tirasse da violência da casa da tia, onde viveu o insuportável de ter seu primeiro filho “dado” sem seu consentimento, tornou-se uma trabalhadora do sexo. Tal como o pai, jamais seria de um único parceiro. Tratou-se, pois, de uma identificação com um pai, ativo sexualmente, rueiro, mulherengo e abandonador.

Abandonada apesar de sua exuberante beleza, a ‘princesinha’ que tudo iria ter, viveu a relação interdita, de súbito, pois o pai foi embora com o circo. A nós que estudamos o caso, resta nos perguntamos: será que ele havia fugido temendo o incesto?

Assim desde cedo teve que aprender a defender-se das violências de suas fantasias e, da violência que sofria no real, inclusive o real corporal, seu eu, no sentido freudiano.

Circo de horrores

Após o abandono do pai, Ana Laura viveu seu circo de horrores, entregue a outros pela mãe, sendo explorada pela tia nas atividades domésticas, abusada sexualmente pelo marido desta, comia a mesma comida que o cachorro engravida cedo na busca de um príncipe que a libertasse, ela a princesinha de seu pai.

Aí decide ir para as ruas trabalhar como prostituta, seu ódio era implacável, deu seus demais filhos à semelhança da mãe. Agora era Ana Laura que precisava se equilibrar, como em um trapézio, aqui equilíbrio, entre as pulsões de vida e de morte, para não sucumbir, aos efeitos de seu ódio destrutivo. *Assim, vai pai, vem Aids...*

Negociando a morte

Ana Laura, como sabemos, pagou com a carne por negociar manter relações sexuais com um cliente sem camisinha, sua vida foi tabelada, desvelando sua miséria psíquica, seu desamparo e os efeitos de um masoquismo mortífero.

Tabelar a vida, negociando manter relações sexuais sem preservativo, no “mercado do sexo” é prática comum entre as trabalhadoras, como pudemos observar na descrição dos estudos interdisciplinares. Assim, tanto prostitutas quanto clientes, ficam expostos à contaminação. Aqui não nos cabe realizar generalizações, apenas apontar algumas semelhanças entre os relatos, pois não sabemos dos motivos inconscientes, e dos aspectos sociais, culturais, políticos que fazem com que um sujeito se exponha ao risco. O pouco disso que aprendemos com Ana Laura, confirma estes estudos.

Mas podemos apontar como hipótese que as fantasias de prostituição presente na história de Dinah, a prostituição praticada por Ana Laura e, a sexualidade violenta e melancólica de Alice, pode apontar uma forma de resistência à moral sexual repressiva,

que impõe o ideal de ser mulher de um homem só, padrão ainda vigente em nosso século. Uma resistência feita de dor, lágrimas e *páthos*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A feminização da epidemia do HIV/Aids vem se constituindo um grave problema de saúde pública dado o aumento progressivo de mulheres infectadas, da crescente contaminação vertical e do elevado número de óbitos, exigindo a conjunção de esforços do Estado brasileiro, seus gestores, profissionais de saúde, pesquisadores sociais e cidadãos em torno de investimentos materiais e humanos significativos em medidas de caráter preventivo visando a redução de fatores de vulnerabilidade à infecção.

A partir do caminho até aqui percorrido por nós, que teve como ponto de partida o deslocamento do perfil da Aids, incluindo um número significativo de mulheres entre os casos notificados, incitando-nos a pesquisar os processos de subjetivação de mulheres expostas à contaminação por HIV/Aids, obtemos como primeira conseqüência o fato de não podermos nos contentar com explicações simplistas, como a compreensão para o *elo bissexual* ou para a ligação com usuários de drogas injetáveis, como fatores determinantes da feminização da epidemia. Tal interpretação mostra-se socialmente descontextualizada, pois, de fato, existe pouco esclarecimento da maneira como essa trajetória ocorreu. Além disso, negligencia aspectos subjetivos da construção psíquica e sociopolítica da sexualidade feminina, com a impossibilidade de a mulher ter maior autonomia de decisão e, conseqüentemente, maior controle na prevenção da Aids.

Esta estranha e familiar doença que vem acometendo mulheres, como vimos vem sendo tomada como doença do outro, ou das outras. Os dados das pesquisas nos desvelaram o quanto a sexualidade ainda continua sendo palco de conflitos e, para além dos números e estatísticas, salta aos olhos a urgência de se escutar o silenciamento das mulheres frente à Aids, por seu horror e medo frente à possibilidade de morte física e psíquica.

A partir da análise dos três casos clínicos apresentados temos como uma de nossas conclusões, que as mulheres atendidas sem parceiro fixo, não apresentaram maior facilidade para se protegerem, estando em desacordo com os estudos que apontam que estas mulheres negociam o preservativo com maior liberdade e estão menos vulneráveis, demonstrando a importância de estudos que abordem os aspectos psíquicos, sociais, políticos e culturais, de maneira a desvelar os modos de produção de subjetividade dos

sujeitos em sua singularidade, para além da mensuração de dados, a fim de estabelecer estratégias de prevenção em saúde mais eficazes.

O caso de Alice nos ilustra a partir de seu silêncio, algumas das múltiplas dificuldades subjetivas as quais um sujeito pode se deparar frente à virulência do vírus e da moral sexual repressora, que ainda julga “comportamentos de riscos” de indivíduos, sem levar em consideração os aspectos intrínsecos de sua constituição subjetiva.

A outra ponta do iceberg da feminização parece também poder ser ilustrado por Dinah, que “presa” aos seus Ideais de mulher e mãe, presentes em nossos mitos fundadores, ainda nos constitui vulneráveis, sem meios de “pensar”, de nos desenvolvermos para além dos padrões hierárquicos instituídos, em que pese as conquistas advindas com o movimento feminista e, todas as conquistas no mercado de trabalho e em termos de direitos, ainda nos vemos “presas” em dicotomias esfaceladoras e totalitárias: cidadão ou político, preto ou branco, pobre ou rico, homem ou mulher.

Ana Laura denuncia, com seu modo de subjetivação, todo um “fedor” muito contemporâneo, um sujo *cheiro* que contém uma *dor*, ao qual muitos sujeitos estão expostos atualmente, imersos em condições de vida indigna e subalterna, se constituindo em miséria absoluta. Assim sem revirar os “leitos” de dor e de amor pouco podemos falar sobre a epidemia. Fazer cara propaganda midiática não basta para fazer prevenção. Arriscamos afirmar que, se o caminho for inverso, do particular e do singular para o geral, talvez os contornos da prevenção sejam menos desumanos.

Quanto a clínica com os pacientes com Aids gostaria de deixar registrado a exigência que em mim se deflagra constantemente de análise e supervisão de cada caso, pois o eco de cada atendimento e da transferência e contratransferência que cada caso sujeito faz brotar no psicoterapeuta, remete ao enigma do significante Aids, a possibilidade de morte, a castração, enfim a toda a constituição subjetiva daquele que escuta o páthos daquele que vê não apenas o seu corpo, mas a sua alma, invadido por um vírus que vindo de fora e de longe, se instala no que os sujeitos têm de mais precioso sua capacidade de amar.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, G; SALLETI, H.
Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R,

- organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: Informação e documentação-Referências-Elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. *NBR 6029: Informação e documentação- Livros e folhetos-Apresentação*. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. *NBR 14724: Informação e documentação-Trabalhos acadêmicos-Apresentação*. Rio de Janeiro, 2002.
- AMARO, H. *Love sex, and power: considering women's realities in HIV prevention*. *American Psychologist*, v. 50, n 6, june, 1995.
- ANTUNES, M. C.; PERES, C.A. PAIVA, V. SATLL, R. HEARST. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 2002; 36 (4 Supl); 88-95. www.fsp.br/sp
- ARAÚJO, N.M. Uma "outras" morte no CTI: In: MOURA, M. D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- BALDIANI, R; QUENTAL, I; SANTOS, E. M. *DST/Aids e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização*. BEMFAM, Rio de Janeiro, 1997.
- BARBOSA, R. H. S. *AIDS e Gênero: As Mulheres de uma Comunidade Favelada. Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1993
- BARRETO, A. M. L. Aceitação e recusa de limites na prática sexual entre homens: o papel do imaginário. In: CARDOSO, M.R.C. *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004.
- BARRETO, A. L. M. O imaginário e a exposição deliberada ao perigo entre homens homoeroticamente orientados. *Revista Humanitas*, v. 16, n.1/2, p. 51-64, jan/dez, 2000.
- BASTOS, F.I; MALTA, M. As pesquisas sobre HIV/ Aids no Brasil hoje: Uma análise do triênio 1997-2000. In: PARKER, R. *Organizadores aprimorando os debates: respostas sociais frente à Aids*. Texto Jr. V, Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 9-15.
- BASTOS, F. I. A feminização da AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *C. ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, n. 03, 2000.
- BASTOS, F. L; SZWARCOWALD, C.L. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas*. *Cad Saúde Pública*, 2002. 16 (01): 65-76.
- BERLINCK, M. T. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, (2006). Editorial IX, 3, vii-viii.
- BERLINCK, M. T. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. IX, n.3, vii-viii. 2006.
- BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*- São Paulo: Escuta, 2000.
- BIRMAN, J. *Aids e sexualidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ, 1994.
- BIRMAN, J. *Gramáticas do Erotismo: A feminilidade e as formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico da Aids 2006*. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 14 de janeiro de 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico da Aids 2007*. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 28 de junho de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico*, 2003. 2 (XII).

- BRITO, A. M; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina*. Vol 34, n. 2. Uberaba. Marc/Abr, 2001.
- CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Administration of Zidovudine during late pregnancy delivered to prevent perinatal HIV transmission in Thailand, 1996-1998. *MMWR*; 47 (8):151-154, 1998;
- CAMARGO. Sexualidade e representações sociais da Aids. *Revista de Ciências Humanas - Especial*. Florianópolis: EDUFSC, 2000. p. 97-110.
- CAMPOS, R. Em A nova fórmula do casamento. *Revista Viver*. São Paulo: Segmento, ano VII, no87, abril de 2000.
- CARVALHO, M. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: Uma (psico)lógica (im)permeável à informação: In: MADEIRA, M.; JODELET, D. (org). *Aids e representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998. p. 89-94.
- CARVALHO, S. C. de. Na angústia do desmame- o surgimento do sujeito. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- CARVALHO, J. A. *O Amor que Rouba os Sonhos: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CALLIGARES, E. R, dos. *Prostituição: o eterno feminino*. São Paulo: Escuta, 2006.
- CECCARELLI, P. R. Delinquência: resposta a um social patológico. Boletim de Novidades da Livraria Pulsional, S. P., ano XIV, 145, 5-13, maio, www.ceccarelli.psc.br 2001.
- CECCARELLI, P. R. Sexo, eterno enigma www.ceccarelli.psc.br. 2001.
- CECCARELLI, P. R. Os destinos do corpo. www.ceccarelli.psc.br. 1998a.
- CECCARELLI, P. R. Pesquisa em Psicanálise. www.ceccarelli.psc.br. 1998.
- CECCARELLI, P. R. O sofrimento Psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. *Revista Psicologia em Estudo de Maringá*, V. 10, n.3, p. 471-477, set/Dez, 2005.
- DALL'AGNOL, R. de S. Adolescência: Atitudes e comportamentos em tempos de Aids. Santa Cruz do Sul: *Barbarói*, 1999. n. 11. p. 63-80
- DAVIS KC, HORSBURGH CR, HASIBA U, ET AL. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophilia. *Ann Inter Med* 98:284, 1983.
- DEVITA, V. T; HELLMAN, S; ROSEMBERG S. A. *AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention*. JB Lippincott Company (2nd edition), 1988.
- EDILENE, F. Q. A Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. In: QUEIROZ, E. F de; SILVA, A. R. R. S. (Orgs). *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2002
- FÉDIDA, P. *Nome, Figura e Memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992.
- FERNANDES, A. M. S; ANTONIO, D. G; BAHAMONDES, L. G. L; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 16. Suppl. 1 Rio de Janeiro, 2000.
- FERNÁNDEZ, A. M., *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- FERREIRA, C. V. L. *Aids e vida: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
- FIGUEIREDO, L. C. os lugares do acaso. *Revista de Psicanálise. Boletim de Novidades Pulsional*, São Paulo, n. 87. 1997.
- FISCHER, I. R.; MARQUES, F. *Gênero e exclusão social*. Disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>. 2001

- FONSECA, M. G. P; TRAVASSOS, C. BASTOS, F.I; SILVA, N. V. SZWARCOWALD, C. L. distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(5):1351-1363, set-out, 2003.
- FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas- ESB*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- _____. (1987). Carta 75. In: ESB. Op. Cit. V. I
- _____. (1905). Três Ensaio Sobre a Teoria Sexual. In: ESB. Op. Cit. V. VII.
- _____. (1908a). Sobre as teorias sexuais das crianças. In: ESB. Op. Cit. V. IX.
- FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895) Estudos sobre histeria. In: ESB. Op. Cit. v II
- _____. (1900-1901). A interpretação dos sonhos. In: ESB. Op. Cit. V. V.
- _____. (1910). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. In: ESB. Op. Cit. V. XI
- _____. O Tabu da virgindade. In: ESB. Op. Cit. V. XI
- _____. (1912). A dinâmica da transferência. In: ESB. Op. Cit. V. XII.
- _____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: ESB. Op. Cit. V. XII.
- _____. (1909). Moral Sexual Civilizada e doença Nervosa Moderna In: ESB. Op. Cit. V. IX
- _____. (1913). Sobre o início do Tratamento. In: ESB. Op. Cit. V. XII.
- _____. (1911|1917). Conferência XXIII: “Os caminhos da formação dos sintomas”
- _____. (1919|1918). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In: ESB. Op. Cit. V. XVII.
- _____. (1919). Uma criança é espancada. In: ESB. Op. Cit. XVII
- _____. (1923). O ego e o id. In: ESB. Op. Cit. V. XIX.
- _____. (1923). A organização sexual infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: ESB. OP. Cit. V. XIX.
- _____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: ESB. Op. Cit. V. XIX.
- _____. (1924). O Problema Econômico do Masoquismo. In: Escritos sobre a Psicologia do inconsciente, Volume III:1923-1940. Hans, L. A.. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
- _____. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: ESB. Op. Cit. V. XIX.
- _____. (1931). Sexualidade Feminina. In: ESB. Op. Cit. V. XXI.
- _____. (1933|1932). Feminilidade. In: ESB. Op. Cit. V. XXII.
- _____. O Mal-Estar na civilização. In: ESB. Op. Cit. V. XXI
- GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Camargo. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da Aids. *Psicologia: Teoria e Prática*. 6 (1),31-44, 2004.
- GIDDENS, Em *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- GOFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- GUERREIRO, I; AYRES, R,C; HERST,N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública*, 2002; 36 (4 Supl); 50-60. www.fsp.br/sp
- GUERRIERO, In: AYRES, J.R.C.M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36 (4 Supl): 50-60.

- GUILHEM, D. *Escravas do Risco- Bioética, Mulheres e aids*. Brasília, UNB/FINATEC, 2005.
- GUIMARÃES, C. D. *Descobrimo as mulheres: Uma antropologia da Aids nas camadas populares*. Rio de Janeiro 1998. Originalmente apresentado como tese, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- GUIMARÃES, C. D. *A Aids no feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora: UFRJ, 2001.
- GAPA-PARÁ. www.gapapará.com.br, 2008
- GRANHA, M. T. Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital geral. In: MOURA, M. D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- HESE, L. L; ELIAS, C. Transforming Aids prevention to meet women's need: a focus on developing countries. *Social Science and Medicine*, 1995. 40 (7): 931-4.
- INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO-COMUNICAÇÃO E MÍDIA. *Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida*. Dossiê. São Paulo, 2003.
- KEHL, M. R. *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago. Ed., 1998.
- KEHL, M. R. *A mínima diferença: masculino e feminino na cultura*- Rio de Janeiro: Imago Ed, 1996.
- JIMENÉZ, A.L; GOTLIEB,S. L. D; HARDY,E; ZANEVELD, L.J.D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, n.1. Rio de Janeiro, jan./Fev. 2001
- LASCH, C. *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. LASCH-QUINN, E. (Org.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- LABAKI, M. E. P. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- LAMPEY, P. De frente a la pandemia Del VIH/Sida. *Bulletin Population*, 2002. 57 (3).
- LEAVY, O; CHENEY, B. (Orgs.) *Tripla ameaça:Aids e mulheres*. Rio de Janeiro: Abia, 1983.
- LAPLACHE, J; PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*. 4ª edição- São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MADEIRA, M. C. A confiança afrontada: representação social da Aids para jovens. In: MADEIRA, M; JODELET, D. (org.). *Aids e representações sociais: a busca de novos sentidos*. Natal: EDUFRN, p. 47-73, 1998.
- MANN, J; TARANTOLA, D. J. M; NETTER T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
- MANN, J; TARANTOLA, D. J. M. *AIDS in the World II*. Oxford University Press, New York, USA,1996.
- MATICKA-TYNDAL, E. *Social construction of HIV transmission and prevention among heterosexual young adults*. *Social Problems*, v. 39, n.3, p. 238-252, 1992.
- MANSUR H, ET AL. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med*, 305:1431.1985.
- MARQUES, H. H. S.; LATORRE, M. R. D .O; DELLA NEGRA, M; PLUCENNIK, A. M. A; SALOMÃO, M. L. M. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. Em Pauta: *Revista de Saúde Pública*, 36 (4): 385-92. 2002.
- MARCONDES, D. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

- MARQUES, L.C. Novas Elaborações sobre a sexualidade feminina a partir do declínio da lógica fálico-edípica. *Dissertação de Mestrado*. PUC. Rio de Janeiro. 2004.
- MCDUGALL, J. *As múltiplas faces de Eros*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1997.
- MEZAN, R. *Tempo de muda: ensaios de psicanálise*. São Paulo: companhia das letras, 1998.
- MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: companhia das letras, 2002.
- MEIRELLES, C. C. A psicanálise e a Instituição de Saúde. In: *O Sintoma e suas faces*. Org: Fuck, Lúcia Barbero; Ferraz, Flávio Carvalho. São Paulo: Escuta/ Fapesp, 2006.
- MITCHEL, J. *Psicanálise e Feminismo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.
- MONTAGNIER, L. *Vírus e homens. AIDS: seus mecanismos e tratamentos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- MOREIRA, A. C. G. *Clínica da Melancolia*. São Paulo: Escuta/ Edufpa, 2002.
- MOREIRA, A. C. G. *Projeto Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos*, Belém/Pará, 2007.
- MOREIRA, A.C.G. Aids: a feminização da epidemia. *Revista Polêmica*, 2007.
- NASCIMENTO, A. M. G; BARBOSA, C. S; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Vol. 5, n 1 Recife. Jan/Mar. 2005
- NERI, R. *A Psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- NICOLAU, R. F. O masculino e o feminino: o gênero na psicanálise. *Revista de Psicologia de Fortaleza*, V. 17(1/2), v.18p.23-29.1999/2000.
- OLTRAMARIM, L. C. *Representações sociais de profissionais do sexo da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da Aids e DSTs*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2001.
- OLTRAMARIM, L. C; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 6(2): 75-78, 2004
- OLIVEIRA, R. D. de. *Elogio da diferença: o feminismo emergente*. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- PAÍS, A. interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. *Escritos da Clínica, Porto Alegre. Publicação do Centro Lídia Coriat*. N 4, 1996.
- PARKER, R. (org). *Aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA: UMS, UERJ. p. 13-56. (Coleção História Social da Aids),1994
- PARKER, R; CAMARGO J. R, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1): 89-102, 2000.
- PARIS, S. M. J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. *Folha Médica UNIFESP*; 18(1):41-5 1999
- PETERMAN. T, A. Drotman DP, Curran JW. Epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Epidemiological Review* 7:1-21 , 1985.
- PERES, C.A; PAIVA, V. SILVEIRA, F. da; PERES, R. A. Prevenção de Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo. *Revista Saúde Pública*; 36 (4 Supl); 76-81 , 2002.
- PRADES, A. L. *A feminilidade e a experiência psicanalítica*. São Paulo: FAPESP, 2001
- QUINN, E. (Org.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- RAMOS, S. *A Heterossexualização da AIDS nos anos 90: O Papel das representações de Gênero na Construção de Representações da Aids*. Ed: mimeo, Rio de Janeiro.1992
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Igualdade de Gênero e HIV: uma política por construir*. 2003. www.ensp. Fiocruz.com.br

- RESOLUÇÃO No 196/96 .Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- REIS, M. M. F. *Mulher: produto com data de validade*. São Paulo: O nome da Rosa, 2002.
- REZENDE, Em L. M., *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- ROCHA, F.H. A prostituição infanto-juvenil sob o prisma do mal-estar e da subjetividade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Setembro, ano/Vol. 01, Número 001. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil. PP. 106-123. 2001
- ROMERO, K, T. Doenças transmissíveis e Aids. *Revista Pediatria Moderna*- Vol. XXXVI- N° 11- Novembro de 2000.
- RODRIGUES JÚNIOR, A. L. R.; CASTILHO, E. A. de. A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Em Pauta: *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2004.
- ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003
- SANCHES, K. R. B. de. *A Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1999,
- SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, vol. 16, n° 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990, p.5.
- SANTOS, N. J. S. S. A Aids no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da Vigilância Sanitária. Em Pauta: *Revista Brasileira Epidemiologia* Vol. 5. n. 2, 2002.
- SELLI, L.; CHECHIN, P. L. Mulheres HIV/ Aids: Silenciamento, dor moral e saúde coletiva. *O Mundo da Saúde*- São Paulo, ano 29 V. 29 n. 3 jul./set. 2005.
- SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ. SESPÁ-PA.
<http://portalsespa.pa.br>
- SILVA, W.A; BUCHALLA, C.M;PAIVA,V; LATORRE, M. R. D. O. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores. *Revista Saúde Pública*, 2002; 36 (4 Supl); 68-75. www.fsp.br/sp
- SILVA, C. G. da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista Saúde Pública*, 2002; 36 (4 Supl); 40-9. www.fsp.br/sp
- SILVA, E.M.A.F. *Características Epidemiológicas e doenças do trato genital inferior associadas à infecção por HUV em mulheres sob o risco de doenças de transmissão sexual*. Tese de doutorado, campinas: Faculdades de ciências médicas, Universidade estadual de Campinas.
- SIMON, P. C. S; SILVA, C. R. da; PAIVA, V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 20002
- SOARES, M. A. As origens do vírus da Aids. *Revista Ciência Hoje*. 1999
- SOLER, E. M. do C. D. *O dinheiro e a Psicanálise*. São Paulo: Martins fontes, 20001.
- SOLER,C.A. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro. Contra capa Livraria, 1998.
- SOUZA, E. M. C. D. O Dinheiro e a Psicanálise. In: Moura, Marisa Decat de. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. 2ª Edição. Editora: Revinter. 2000.
- SOUZA, M.L.R. Hospital: Um espaço terapêutico? . *Revista Percurso*, v. 2, no 9, 1992.
- SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade, In: *Uma questão de gênero*. COSTA , A. de; BRUCHINI,C (org.). São Paulo: Editora Rosa dos ventos, Fundação Carlos Chagas, 1992.
- TURA, L.F.R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. in: MADEIRA,M. JODELET,D. (orgs.). *Aids e representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDUFRIN, 1998. p. 121-154.
- UTCHITEL, A. Da fala-a-menos ao prazer-a mais- Cem anos de histeria á luz das identificações. *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro, 1996.

- VERAS, J.F; PETRACCO, M. M. Adoecimento Psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. *Rev. Cogito* vol. 6. Salvador, 2004.
- VERMELHO, L. L; BARBOSA, R. H; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública* V. 15. Rio de Janeiro abr/jun. 1999.
- VILHENA, J.; SANTOS, A. Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. In: *Cadernos do tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, SPID, n. 32, p. 09-35. 2000.
- VILHENA, J. Clínica psicanalítica com população de baixa renda: dispositivos clínicos e agenciamentos subjetivos. *Polemica. Revista eletrônica*. Universidade do Estado do rio de Janeiro.(falta o ano)
- ZIMMERMAN. Homens e mulheres: problemáticas atuais à luz da psicanálise. Relações de poder, de amor e de sexualidade. In: Alizade, A. M. (Org.). *Cenários femininos: diálogos e controvérsias*-Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002
- WESTRUPP, M. H. Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/ Aids. Florianópolis, 1997. Originalmente apresentado como *Tese de doutorado em Filosofia da Enfermagem*, Universidade Federal de Santa Catarina.