



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

ALESSANDRO MELO BACCHINI

**SER PORTADORA DE HIV/AIDS:
REFLEXÕES SOBRE SEXUALIDADE FEMININA E IDEAIS DE EU**

Belém - Pará
2012



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

ALESSANDRO MELO BACCHINI

**SER PORTADORA DE HIV/AIDS:
REFLEXÕES SOBRE SEXUALIDADE FEMININA E IDEAIS DE EU**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cleide Guedes
Moreira

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Roberto
Ceccarelli

Belém - Pará
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Bacchini, Alessandro Melo

Helena vivendo com AIDS / Alessandro Melo Bacchini ; orientadora, Ana Cleide Guedes Moreira. - 2012.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

1. AIDS (Doença) - Pacientes hospitalizados. 2. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 3. Mulheres - Doenças - Aspectos sociais. 4. HIV (Vírus). 5. Saúde pública. 6. Hospital Universitário João Barros Barreto. I. Título.

CDD - 22. ed. 616.978

ALESSANDRO MELO BACCHINI

**SER PORTADORA DE HIV/AIDS:
REFLEXÕES SOBRE SEXUALIDADE FEMININA E IDEAIS DE EU**

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cleide Guedes Moreira

Prof^ª. Dr^ª. Helena Maria Melo Dias

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli

Belém - Pará
2012

À minha família,
Por todo investimento.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora *Ana Cleide Guedes Moreira* que por conta de todo seu investimento e saber relacionados à problemática do HIV/Aids e à Psicanálise, tenho tanta admiração desde meus primeiros anos na academia.

À *equipe multidisciplinar do HUIBB*, em especial à Eliane Azevedo, Jucélia Flexa, Kátia Kós e Lúcia Helena Alves, pelo grande apoio em meus conhecimentos sobre a complexidade hospitalar.

À *Junia de Vilhena, Ana Rudge, Maria Inês Bittencourt* e seus alunos, nossos amigos durante o PROCAD, por todo apoio e discussão teórica realizados durante estadia e estudo no Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da PUC-Rio durante o segundo semestre letivo de 2010.

Aos pesquisadores do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental: *Elizabeth Levy, Cassandra Pamplona, Helena Dias*, que desempenharam papel fundamental em minhas construções teóricas.

À *Sílvia Levy*, por sua escuta.

Ao Paulo Roberto Ceccarelli por todo apoio teórico e acadêmico nesses anos de pesquisa.

Aos três irmãos que conquistei durante o mestrado: Igor Francês, Ronildo Silva e Alex Nazareno. Pelos ensinamentos, pelas músicas, pela poesia, pelas discussões teóricas, pelos almoços, pelos cuidados e principalmente, por todo carinho que sinto de vocês e por vocês.

Ao *Ney*, por todo seu bom humor e acolhimento.

À *CAPES*, por financiar esta pesquisa.

E às *mulheres*, inspiradoras dessa pesquisa.

Ele é quem quer, ele é o
homem. Eu sou apenas uma
mulher.

(Caetano Veloso - *Esse cara*)

RESUMO

Na década de 1980, o Brasil passou a enfrentar o HIV/Aids como um problema de saúde pública e em seu desenvolvimento, chegando aos dias atuais, presencia-se um crescimento constante de mulheres infectadas especialmente na região norte do país. Com esse crescente número sobe também a parcela de mulheres vivendo com a enfermidade, o que torna necessário uma maior atenção voltada a essa população que sofre por uma doença não somente mortífera, mas carregada de enigmas e estigmas que a tornam um fardo ainda maior. Para tanto, recorre-se à psicanálise como teoria fundamental e como possibilidade para o sujeito em reunir recursos de enfrentamento. Dentro desta, deve-se realizar um percurso que possibilite pensar no fragmento de caso clínico estudado a partir do atendimento de Helena, pois ela fornece inúmeros questionamentos acerca da mulher, do feminino e dos ideais de Eu presentes na cultura ocidental e que são fundamentais ao entendimento do que ela carrega como sofrimento. No entanto, antes de se chegar a este ponto, deve-se levar em consideração os limites e possibilidades relacionados à escuta ao paciente internado. Este trabalho de dissertação foi realizado com o método de estudo de caso, desenvolvido a partir da experiência como pesquisador no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) nos anos de 2008 a 2010. Foram realizados atendimentos individuais e com familiares especificamente na enfermaria de DIP (Doenças Infecto-Contagiosas e Parasitárias) que realiza atendimento voltado fundamentalmente para pacientes usuários do SUS, internados por enfermidades como: tuberculose, pneumonia, etc., que, em geral, representam as chamadas “doenças oportunistas” para o vírus do HIV/Aids. A partir desse quadro, chega-se à construção do problema de pesquisa: Qual a relação entre os Ideais-de-Eu e o sofrimento psíquico em Helena, uma mulher infectada pelo HIV/Aids? Como considerações finais, discutiu-se a relação entre os ideais de Eu fornecidos em nossa cultura para as mulheres, uma vez que estes são formadores do Supereu, e o grande sofrimento relatado por Helena, pois ela parecia não adotar os padrões relacionados à mulher ocidental, e portanto, carregava uma culpa que somente um movimento regressivo em direção aos cuidados maternos da tenra infância, voltados a uma vida de abstinência aos prazeres e de zelo pelos ditames religiosos poderiam fornecer acalanto para suas angústias e redenção para seus pecados.

Palavras-chave: Aids, Psicanálise, Feminino, Feminização, Ideal do Eu.

ABSTRACT

In the decade of 1980, Brazil began to face HIV/Aids as a public health problem and in its development, reaching present day, is presented with a constant growing number of infected women especially in the country's north region. With this rising number, the figure of women living with the infirmity also arises, which turns necessary a greater attention towards this population that suffers from a disease not only deadly, but loaded with enigmas and stigmas that turns it into a heavier weight. To do so, there's a need to resort towards psychoanalysis as a fundamental theory and as a possibility to the subject to collect coping resources. Within it, we must cross a path which allows pondering towards the studied clinical case fragment from Helena's treatment, for she provides uncountable questionings about womanhood, feminine and about the Ego ideals present on the western culture, which are fundamental on the understanding of what she carries as suffering. However, before we reach this point, we must take into account the limits and possibilities related to the listening of the interned patient. This master's degree dissertation was made with the case study method, developed from the experience as a researcher on the University Hospital João de Barros Barreto (HUIBB), in the years between 2008 and 2010. Were performed individual interviews and with relatives specifically in DIP's enfermary, where treatment toward SUS users is mostly done, hospitalized for infirmities as: tuberculosis, pneumonia, etc., in which, generally, represent the so called "opportunistic diseases" for the HIV,Aids virus. From this framework, the research problem is constructed: What is the relationship between the ideal Ego and Helena's psychic suffering, a woman infected by the HIV/Aids virus? As final remarks, the relations between the Ego ideals provided by our culture for the women, as those are Superego builders, and the great suffering reported by Helena, for she did not seem to adopt the patterns related to the western woman and therefore carried a guilt that only a regressive movement towards the motherly care of the tender childhood, directed towards a life of abstinence and of religious zeal could provide rest for her anguishes and redemption from her sins.

Keywords: Aids, psychoanalysis, Feminism, feminization, Ego Ideals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p.20
1. HIV/AIDS: QUE DOENÇA É ESSA?	p.25
1.1. “O meu prazer, agora é risco de vida”: uma história do Brasil e do mundo frente a Aids e o risco do sexual.....	p.26
1.2. A realidade mais próxima.....	p.29
1.3. A escuta ao paciente com aids.....	p.31
1.4.“Ele não pode saber”: Helena entre a submissão e a subversão.....	p.36
2. A SEXUALIDADE FEMININA E A PSICANÁLISE: POR UMA OPOSIÇÃO À VISÃO NATURALIZADORA DA MULHER	p.47
2.1. Breves comentários terminológicos.....	p.48
2.2. A diferença sexual se daria pela anatomia?.....	p.50
2.3. As investigações sexuais infantis.....	p.53
2.4. Avanços sobre a sexualidade infantil em Freud (1923) a partir de <i>A organização genital infantil</i>	p.56
2.5. Um percurso diferente entre meninos e meninas.....	p.59
2.6. Um modelo não simétrico.....	p.62
2.7. O masoquismo seria essencialmente feminino?.....	p.67
2.8. A sexualidade e o psíquico.....	p.73
2.9. Feminilidade como enigma: a concepção de Danièle Brun.....	p.75
2.10. Feminilidade a partir de Kehl.....	p.89
2.11. O feminino a partir do antagonismo entre a civilização e a vida pulsional.....	p.92
3. O IDEAL DO EU	p.97
3.1. O desejo infantil de ser grande e adulto.....	p.97
3.2. Auto-erotismo, narcisismo e amor de objeto.....	p.99
3.3. O conceito de Ideal do Eu.....	p.106
3.4. Reflexões sobre a ordem repressiva.....	p.113
4. RESULTADOS: ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA	p.120
4.1. Helena e suas defesas.....	p.120

4.2. Uma história de desamparo.....	p.121
4.3. Ativo e passivo como destinos do homem e da mulher?.....	p.122
4.4. Complexo de castração, inveja do pênis e Supereu feminino.....	p.123
4.5. Masoquismo infantil/feminino.....	p.125
4.6. Helena e o outro.....	p.126
4.7. Ser mãe e ser mulher.....	p.127
4.8. Helena e os ideais: submissão ou subversão a eles?.....	p.129
4.9. “Agora eu vou me cuidar”.....	p.131
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p.132
6. REFERÊNCIAS.....	p.134

INTRODUÇÃO

Como escutar?

Início o texto com uma pergunta aparentemente simples por ser possível de realizar apenas com duas palavras e um ponto de interrogação. Além disso, escutar, via de regra, é uma postura confundida com a de apenas ouvir, que é algo da própria condição humana enquanto diretamente relacionada aos órgãos dos sentidos. Pois bem, há um hiato fundamental entre os sentidos e o que é compreendido, analisado, construído, etc. enfim: o sentido do que se diz.

O leitor da psicologia e da psicanálise pode estar familiarizado com a discussão, expressa aqui a título introdutório como uma diferença/semelhança entre o escutar e o ouvir, pois é algo que diz respeito ao próprio saber e fazer clínicos.

Essa é talvez a condensação, em forma de pergunta inicial, de minhas inquietações como psicólogo, cuja formação se iniciou academicamente a cerca de nove anos e acredito continuar realizando por toda minha vida profissional. No entanto, se a atividade de escutar – e escutar-se também, já que esta parte do todo já soma cerca de sete anos de investimento em análise – se dá por um árduo e infindável trabalho, eu perguntava-me: Quando poderei escutar um indivíduo?

São curiosas as perguntas mais fáceis de realizar, já que por vezes elas se tornam as mais complexas e interessantes de responder. Por isso, talvez, melhor que procurar simples respostas, passei a preferir as maiores perguntas. Nessa via, surge o interesse pela escuta ao indivíduo no hospital, uma das práticas do psicólogo que aos meus *olhos* parecia a mais próxima da escuta clínica e foi aos poucos sendo delineada a mim por suas próprias especificidades e diferenças em relação à clínica. Dito de outra forma: por aproximação, estava eu em busca de respostas, e no lugar delas, fui aprendendo e preenchendo esse vazio com a dificuldade e a beleza das perguntas.

Mais uma vez adentrei ao campo da semelhança e diferença no que diz respeito ao enquadre, mas importava-me o fato da escuta estar sempre presente. E de fato, fora eu surpreendido com tamanho ensinamento proporcionado pelos pacientes que se dirigiam a mim – enquanto função de terapeuta - e ao serviço de psicologia, em busca de algum amparo que ia além das queixas orgânicas.

Em se tratando de pacientes com Aids, houve uma escolha fundamentada pela possibilidade de intercâmbio entre psicanálise, sexualidade e um caminho tão carregado de enigmas relacionados ao sexual. Então, encarando tais questões *frente a frente*, fora

notável a primeira vista a dificuldade enfrentada pelos profissionais – inclusive por quem vos escreve - das diversas áreas do saber diante do HIV/Aids, mesmo sendo essa prática realizada em um hospital de referência para o tratamento dessa enfermidade - Hospital Universitário João de Barros Barreto, HUJBB. Falamos então em inquietações sobredeterminadas, das quais a que toma evidência pode ser escrita, grosso modo, como o enigma do sexual.

Sobre essa perspectiva no âmbito da saúde de uma forma geral, deve-se destacar que de acordo com dados da UNAIDS (2009) estima-se que 630 mil pessoas de 15 a 49 anos estão infectadas pelo vírus. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta dados que mostram uma prevalência da infecção ainda relacionada aos *grupos de risco* em torno de 5% - homens homossexuais, usuários de drogas e mulheres profissionais do sexo -, contrapondo-se à taxa de prevalência da infecção na população em geral, que neste ano era menor que 1%. Um dos dados quantitativos que chama atenção é a diminuição da razão entre sexos (Homem: Mulher), pois em 1986, a razão era de 15,1 homens para uma mulher. Já, a partir de 2002, a razão de sexo estabilizou-se em 1,5 : 1. Entre a faixa etária de 13 a 19 anos o número de infecções chega a ser maior entre as meninas, inversão que vem sendo observada desde 1998 quando a razão era de 0,8:1.

A salvo algumas poucas mudanças quantitativas atuais, este era o cenário presente durante a prática no hospital em questão. Números que se somam às indagações a cerca da escuta do sofrimento psíquico envolvido e desenvolvido pela fala daqueles pacientes ali internados. Temos então até aqui alguns problemas: Como escutar o indivíduo? Como escutar nesta instituição hospitalar? De que maneira esse sexual se apresenta no indivíduo com Aids? Mas não era *apenas* isso.

A psicanalista e feminista Ana Cleide Guedes Moreira (2002) analisa uma característica importante relacionada à pandemia: a Aids parece obstruir uma revolução sexual que estava em curso nos movimentos de liberação feminina, homoafetiva, de casais e da juventude desde a década de 1960, que visaram práticas eróticas menos hipócritas, repressivas e autoritárias.

Como afirma a literatura pertinente (ALVES, et al 2002) a epidemia parecia dividir a sociedade em duas classificações: indivíduos soropositivos versus indivíduos negativos para o vírus do HIV/Aids, indivíduos pertencentes ao “grupo de risco” e os que não são (mulheres casadas, heterossexuais, jovens, idosos, etc.).

Nota-se que a face e o verso dessa classificação colocam as condutas morais, sobretudo no que diz respeito ao sexual, no “entre”: o próprio material que divide e ao mesmo tempo une os pares antitéticos.

Acrescenta-se neste ponto que, de acordo com Costa (1995), a Aids trouxe à tona a sexualidade e a discussão sobre a homossexualidade – por haver uma suposta atribuição de responsabilidade a essas pessoas - e as instituições governamentais e de saúde foram obrigadas a reconhecer a existência das relações homossexuais. Neste ponto cabe uma observação: em estudos epidemiológicos realizados recentemente, vê-se que homossexuais e profissionais do sexo, que seriam do “grupo de risco” apresentam uma estabilização em seu percentual de pessoas vivendo com HIV/Aids, diferentemente de outros grupos na qual o número continua crescendo. Eis então alguns questionamentos “im”pertinentes: A atenção dada ao “grupo de risco” não teria permitido uma maior atenção à sua vulnerabilidade¹ em detrimento dos considerados “fora do grupo de risco”? No caso específico do estudo em questão, a saber sobre a feminização do HIV/Aids²: à mulher é permitido que se fale de sua sexualidade sem ter questionada sua moral sexual?

Com relação aos homens, observa-se uma alta incidência de pesquisas que buscam métodos de prevenção dentro de um cotidiano no qual alguns jargões parecem dizer muito sobre o imaginário que os cerca: homens não podem negar sexo; homem é imune a doenças; homem tem maior desejo, e incontrolável, por sexo, entre outros. Ou seja, deve-se levar em conta esse papel masculino socialmente construído quando se busca entender as relações de gênero envolvidas na discussão acerca da vulnerabilidade (GUERRIERO, et al 2002).

No entanto, na presente pesquisa, tem-se um recorte direcionado ao feminino, escolhido por dois motivos essenciais: a crescente contaminação em mulheres no estado do Pará e no Brasil, e o sofrimento de Helena - nome fictício conferido à paciente que analisaremos a seguir a partir de fragmentos de caso clínico. Além disso, um estudo que levasse em conta também os caracteres masculinos, apesar de relevantes e promissores de novas discussões, não seria possível em razão de tempo disponível e a quantidade de maiores direcionamentos teóricos. Portanto, não é nosso objetivo.

Por vezes, por outro lado, é necessário realizar algumas comparações com efeito ilustrativo da realidade que se mostra. Nesse ínterim, nota-se que no Brasil, embora o

¹ O conceito de vulnerabilidade será descrito mais adiante.

² Por feminização do HIV/Aids, entende-se o aumento do número de mulheres infectadas

número de homens infectados ainda seja maior, a proporção de mulheres com HIV/Aids, que foram contaminadas em uniões estáveis e heterossexuais, vêm crescendo. Com isso, abre-se espaço para que se pense o lugar dessas mulheres escutadas neste *setting* – HUIBB, onde atuo como pesquisador desde 2008 – especialmente nos casos em que o contágio se deu pela via sexual.

Dentro dessa perspectiva, tendo como base uma leitura psicanalítica sobre a sexualidade humana, o psicanalista Paulo Roberto Cekarrelli (2000) discute a ruptura do pensamento freudiano com a tradição científica do século XIX ao pensar o indivíduo pela via da sexualidade e suas disposições polimorfas. Essa sexualidade engendra no discurso sobre o indivíduo o rompimento da fronteira da genitalidade, abrindo assim a possibilidade de outras apresentações do sexual que têm um lugar considerável no psiquismo humano: o sexual dos Ideais.

Cekarrelli (2000) argumenta o quanto o sexual dos Ideais, que faz com que o indivíduo posicione diante de si objetos fictícios - e inalcançáveis – em busca de uma valorização narcísica outrora sentida quando se era o próprio Eu Ideal, constitui uma importante ferramenta para se pensar o indivíduo face a constituição de valores e ilusões identitárias que por vezes se mostram aprisionantes a ele.

Temos no momento que, da pergunta sobre a possibilidade de escuta, passando pelo desejo de escutar, até escutar o indivíduo internado por conta de uma doença colada ao sexual, chegando aos problemas dos Ideais, nos deparamos com dois pontos centrais que se dão a ver: um número crescente de mulheres infectadas pelo HIV/Aids que provoca incômodo entre as ciências pertinentes à questão e o sexual dos ideais que em psicanálise, analisa na ordem do indivíduo, a travessia edípica e a inscrição na lei da cultura. O primeiro ponto refere-se à realidade com a qual os saberes pertinentes se deparam. Já o segundo, diz respeito à constituição subjetiva do indivíduo. O que fazer com essas novas inquietações?

Mais uma vez, escutar está na ordem desses questionamentos. É dele que surge o desejo por esta pesquisa quando antes de qualquer indagação teórica, surge um indivíduo que precisa falar, e paradoxalmente, chama alguém que escute por meio de um enunciado negativo: “Ele não pode saber”.

De fato, é Helena quem nos dá a linha para costurar essas e outras interrogações que se fazem presentes, pois ela tem muito a nos dizer da posição de uma mulher, que ao se ver com HIV/Aids questiona-se – e nos questiona – acerca do tornar-se mulher e

do que a Aids representa em sua vida psíquica: a partir da culpa que carrega por se acreditar algoz no possível contágio de seu marido e por parecer possuir outros ideais, que não simplesmente redutíveis ao ser mãe ou ser prostituta, que é a representação binária dominante sobre a mulher em nossa cultura.

Seguindo a tradição psicanalítica, é pelo singular que passaremos a pensar, mais especificamente, pensar sobre um ponto que é presente na fala de vários pacientes escutados em nossos atendimentos em HIV/Aids, com o recorte voltado aos ideais. No entanto, longe de desconsiderar o problema real da possibilidade iminente de morte – registro do presente e do passado na história do HIV/Aids -, mas atentando aqui para escutar algo a mais, frequentemente observado, e exemplificado pelo que Helena nos fala. Dito de forma mais precisa: Pelo que Helena sofre?

A partir desse quadro, chega-se à construção do problema de pesquisa: Qual a relação entre os Ideais do Eu e o sofrimento psíquico em Helena, uma mulher vivendo com HIV?

Com o objetivo de me aproximar de tais proposições, utilizarei como método o estudo de caso, base de investigação psicanalítica desde suas origens em Freud, o qual envolve tratamento e pesquisa de forma concomitante.

Para Ceccarelli (1998), o objeto de pesquisa em psicanálise, não é algo que pode ser trabalhado por meio de uma observação direta. Isto é o que marca a diferença em uma pesquisa psicanalítica: o objeto de pesquisa. E, em se tratando de psicanálise, o objeto de pesquisa são as manifestações do inconsciente.

Estudo de caso, segundo Gonsalves “[...] é o tipo de pesquisa que privilegia um caso particular, uma unidade significativa”. Esta característica permite um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, produzindo o seu amplo e detalhado conhecimento (GONSALVES, 2003, p. 67).

Por ser uma pesquisa realizada a partir de universo restrito (um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade), permite a utilização de vários instrumentos e técnicas de coleta de dados, que combinados produzem uma maior apropriação da realidade pelo pesquisador (CERVO & BERVIAN, 1996).

Na busca em dar conta dessa proposta de trabalho, foi delineado o seguinte percurso: No primeiro capítulo, intitulado *HIV/Aids: que doença é essa?*, realizou-se uma aproximação acerca da história dessa enfermidade com o intuito de relacionar o crescente número de mulheres vivendo com esse diagnóstico, chegando-se à realidade

local e seguindo-se à análise de fragmentos de um caso clínico, de acordo com a perspectiva teórico-clínica proposta.

No segundo capítulo - *A sexualidade feminina e a psicanálise: por uma oposição à visão naturalizadora da mulher* - objetivou-se uma leitura sobre o que a psicanálise freudiana constrói acerca da sexualidade feminina a partir de comentadores como Daniëlle Brun, Jean Laplanche, Joel Birman, Maria Rita Kehl, Paulo Roberto Ceccarelli e Silvia Alexim Nunes.

Seguindo ao terceiro capítulo, intitulado *O Ideal do Eu*, realizou-se uma análise permeada pela discussão do sexual dos ideais, oferecendo-se dessa forma uma relação entre a sexualidade feminina e a cultura.

No quinto capítulo, foi realizado uma análise teórico-clínica a partir do fragmento do caso de Helena, sendo que por fim, nas conclusões, discute-se os resultados alcançados por relação entre o que é levantado aqui como questionamento e as pesquisas pertinentes ao estudo sobre o HIV/Aids em relação às mulheres vivendo com essa enfermidade.

1. HIV/AIDS: QUE DOENÇA É ESSA?

Em determinada situação de rotina em trabalho desenvolvido no hospital como psicoterapeuta, ao ser convocado para participar de uma devolutiva de exame para o vírus, a profissional responsável pelo setor disse ao chegar à paciente internada: “Você tem tatuagem? Você possui um parceiro estável? Pois então, você se lembra do teste de HIV? Ele deu positivo”.

É certo que algo relacionado à história de vida da profissional em questão pode ter tomado a dianteira nesse discurso, o que, no entanto não é de nosso interesse neste momento, mas ao atentar para a repetição deste na rotina hospitalar, é interessante também buscar novos aportes. Dito de outra forma: quais outros fatores podem estar relacionados a esses enunciados?

Para se aproximar um pouco dessa visão geral, recorre-se adiante à história do descobrimento do HIV/Aids, de sua evolução temporal, passando pela descoberta dos antiretrovirais e chegando até o que se tem proposto como enfrentamento a esta doença.

1.1. “O meu prazer, agora é risco de vida”³: uma história do Brasil e do mundo frente ao HIV/Aids e o risco do sexual

O risco de se contrair essa doença mortífera é algo que como veremos, está no percurso da história do HIV/Aids até os dias atuais. Sua principal forma de contágio foi e ainda é a prática sexual, independente da posição libidinal ou de qualquer cisão cultural, econômica e social.

Podemos ir um pouco mais longe ao pensar nesse risco como um corte que divide pares de opostos a partir de uma moral sexual dominante, onde de um lado se encontrariam os profanos e de outro os invioláveis. Divisão que parece separar não somente uma classificação entre grupos de pessoas, mas as práticas sexuais menos hipócritas da revolução sexual dos anos setenta – como analisa Moreira (2002) – das práticas repressivas.

Seguindo adiante, afirmar que se trata de *uma* história, é ser honesto na proposição de apresentar uma das perspectivas possíveis para situar a presente problemática, pois este percurso fora escolhido com o objetivo de formar um retrato aproximado do cenário que se mostra e que causa o desejo da presente pesquisa. Para tanto, vamos à história possível de apreender aqui, que pode ser dividida em quatro momentos.

O primeiro momento da epidemia se deu de 1981 a 1984 e foi acompanhado de uma busca pelos fatores de risco, etiologia e distribuição: ou seja, uma busca pelo desconhecido. Surge então a noção de *grupo de risco*. As primeiras campanhas realizadas em Nova York e São Francisco em 1983 relacionavam o terror da doença ao sexo e algumas descrições epidemiológicas nos Estados Unidos da América identificavam alguns grupos como de risco para o desenvolvimento do HIV/Aids, a saber: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína. As estratégias de prevenção envolviam a abstinência e o isolamento e eram referidas principalmente aos dois primeiros desse grupo (homossexuais e hemofílicos), o que provocou uma série de questionamentos éticos sobre discriminação e abstinência, pois se é uma doença transmissível sexualmente, e todos estão sujeitos, por quê pensar especialmente nesse grupo de pessoas? (AYRES, et al, 1999).

Pensando no Brasil, nesse início, percebe-se que o HIV/Aids foi tomado como uma doença vinda do exterior, especialmente relacionados aos Estados Unidos da

³Trecho da música *Ideologia* de Roberto Frejat e Cazuzo. Este, que como sabemos, também sofreu por conta do HIV/Aids.

América – Nova Iorque. A notificação dos primeiros casos brasileiros, em 1984, incluía 64 homossexuais, 7 heterossexuais e 11 usuários de drogas injetáveis (UDIs). No ano seguinte foram 553 casos, sendo 256 homossexuais, 28 heterossexuais, 38 UDIs e os dois primeiros casos de transmissão vertical. É importante notar que já haviam mulheres infectadas desde o início da epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O segundo período da epidemia se dá entre 1985 e 1988, quando o caráter transmissível se delimita e o agente etiológico é isolado. Nesse ponto, criam-se novas alternativas de prevenção que não somente a simples abstinência, como o *Center of Disease Control and Prevention* (CDC), que recomendou o uso da camisinha. Na primeira Conferência Internacional sobre HIV/Aids, recomendou-se falar pela primeira vez que a transmissão se dava pelo uso de agulhas contaminadas e por contato sexual, independente da orientação sexual. Esta alteração muda o cenário do *grupo de risco* para o *comportamento de risco* que cria estratégias de redução de risco – controle de banco de sangue, atenção aos usuários de drogas injetáveis, uso de preservativo, divulgação de informações (KALICHMAN, 1993).

A utilização da noção de comportamento de risco em contraponto ao grupo de risco traz um caráter universal de contágio, no qual não apenas determinadas pessoas deveriam ser assistidas, pertencentes a uma classificação, pois todos estão sujeitos ao contágio. Então a responsabilidade recai ao indivíduo, e seus atos. Por outro lado, esta nova noção carrega um caráter regulador, no qual comportamento é um sinal ou sintoma a ser diagnosticado e tratado. Além disso, há um efeito culpabilizador, pois a abstinência e a prevenção é uma questão individual nesta noção (AYRES, et al, 1999; KALICHMAN, 1993).

Outro momento da epidemia pode ser datado em meados de 1989 até 1999, no qual houve uma maior percepção dos limites das estratégias de mudanças no comportamento – motivação e informação não garantem necessariamente uma mudança significativa. Além disso, houve um aumento sensível de casos em segmentos mais vulneráveis da sociedade - mulheres, jovens, pobres e negros. A noção de vulnerabilidade descrita por Mann et al (1992), considera que a probabilidade de contágio leva em conta aspectos individuais e coletivos, o que proporciona uma nova maneira de abordar o problema.

Ainda dentro desse período, no ano de 1996, se deu o início da terapia antirretroviral que alteraria os rumos da epidemia, na qual o Brasil se destaca como um

país pioneiro na garantia de tratamento universal e gratuito. Desde então, este tratamento foi o principal fator associado à diminuição da mortalidade provocadas pelo HIV/Aids e o aumento da população que vive com o vírus (POLISTCHUCK, 2010).

Pode se considerar um quarto momento que vai do ano 2000 até a presente data, com a grande disseminação dos antirretrovirais e o grande número de pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo já considerada uma doença crônica. Nesse período, destaca-se a atenção às pesquisas que levam em conta os fatores socioculturais e afetivos – apesar de já existirem desde 1990. Surgem espaços para uma nova discussão: viver com HIV/Aids, com a medicação e seus efeitos colaterais, com o preconceito, etc. O que passa a estar em pauta não é mais somente a não transmissão, mas como viver após o diagnóstico (GRANICHA, et al, 2010).

Conforme Polistchuck (2010), o conceito de vulnerabilidade revisa o de responsabilidade no sentido de não colocar o plano individual como único fator determinante de algum resultado específico, preservando, no entanto, o caráter ativo individual nos processos de mudança.

A análise da vulnerabilidade, que tem se mostrado o novo paradigma para lidar com HIV/Aids, envolve três eixos: Individual – que leva em conta o grau de informação que o paciente possui e incorpora em seu cotidiano, Social – os meios disponíveis para o acesso à informação, e Programático – envolve a presença ou não de monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relacionado ao HIV/Aids (AYRES, et al, 1999).

A responsabilidade dos portadores de HIV/Aids na prevenção da população, em geral, é colocada em primeiro plano, ponto de vista que é confrontado por Polistchuck (2010) argumentando que: Já que se vive em um mundo no qual o vírus existe e o contágio também, a responsabilidade é de todos. A respeito disso, surgem novas questões em seu argumento: “Afinal, como se constroem os sujeitos sexuais após a HIV/Aids? Já que somos sujeitos históricos, é importante levar em conta que, antes da descoberta do HIV/Aids, as sexualidades se constituíam sem ter que levar em conta a doença” (POLISTCHUCK, 2010, p.31).

Como será discutido posteriormente, a posição que Helena ocupa em seu discurso parece denunciar os pressupostos descritos acima na medida em que ela atribui como causa de sua doença as “bebidas, a noite e a farra” ou mesmo o fato de gostar de dançar. Nessa medida, estaria Helena sendo castigada por viver aquilo que lhe dava

prazer? De fato, o prazer na cultura ocidental parece ser sempre gerador de culpa e castigo.

Com isso, ela parece indicar que a única forma de lidar com o fato de estar com HIV/Aids seria abandonar seus hábitos festeiros tão caros a ela e viver ao lado da mãe: dona do lar e assídua frequentadora da igreja.

No entanto, ainda faltam algumas palavras a mais sobre essa realidade, pois antes de chegar à enfermaria de Helena, precisou-se chegar ao hospital – instituição que possui também sua história e é situado logicamente em um contexto, que portanto, deve ser localizado - e subir cada degrau para se haver em um lugar rodeado por belas e duras histórias.

1.2. A realidade mais próxima

Nos últimos quatro anos, o Programa Estadual de Aids do Pará passou por uma reestruturação do espaço físico e da logística de funcionamento da Coordenação Estadual de DST/ Aids o que revela alguns dos avanços na Política Estadual de DST/AIDS que possibilitaram ações mais estruturadas de enfrentamento da epidemia. Caracterizado por uma política pública em HIV/Aids basicamente centralizada na área metropolitana de Belém, um dos grandes desafios é a descentralização de serviços (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Recursos descentralizados, como os provenientes da Política de Incentivo de HIV/Aids, fortalecem as ações de enfrentamento em áreas distantes da região metropolitana. Até 2006, além da Secretaria de Estado de Saúde Pública, cinco municípios do Estado recebiam tais recursos: Belém, Ananindeua, Castanhal, Marabá e Santarém. A partir de 2007, mais três municípios passaram a receber estes recursos: Abaetetuba, Tucuruí e Parauapebas (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Como principais características epidemiológicas do Estado, têm-se: 80% dos municípios já apresentam pelo menos um caso notificado de HIV/Aids; O número de mulheres com HIV/Aids aumenta, levando a uma razão homem mulher cada vez mais reduzida; A incidência global aumenta anualmente; Os casos de HIV/Aids em menores de 5 anos aumenta, ao contrário do País, que mostra uma redução de mais de 40% nos casos de transmissão vertical; O número de óbitos por HIV/Aids está em crescimento (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), o número de óbitos no estado do Pará vem sempre aumentando desde 1999 - com 104 vítimas -, apresentando atualmente o maior índice da região, com 480 óbitos notificados em 2010. Em número de casos notificados, o Pará também lidera os números da região norte com 589 casos registrados.

Mesmo depois de vinte anos da terapia antirretroviral (TARV) de alta potência e do acesso gratuito e universal a estas drogas, o Pará ainda não teve o reflexo positivo no número de óbitos. Serviços como Hospital-Dia em HIV/Aids são inexistentes no Estado e serviços como o atendimento domiciliar terapêutico e atividades de adesão são pontuadas em poucos serviços estaduais (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

A avaliação de causas de óbitos realizada em 2010 em Hospital de grande porte do Estado mostrou que quase 70% dos pacientes que evoluíram a óbito por HIV/Aids no período avaliado tinham recebido o diagnóstico de infecção durante a internação, ou seja, o diagnóstico tardio é uma realidade do Estado do Pará (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Até 2006, apenas 13 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para HIV/Aids existiam no Estado. O quadro estatal revela ainda uma grande dificuldade geográfica no que tange ao acesso da população às informações básicas relacionadas à epidemia, bem como para a realização do aconselhamento e testagem para o vírus. A partir de 2007, a oferta do teste se tornou então uma prioridade dentro da Gestão Estadual. Intensificado a partir de 2008, o Estado do Pará finaliza o ano de 2010 com mais de 50 CTA. Municípios que participam da Política de Incentivo (exceto Tucuruí) e todos os municípios com população acima de 100.000 habitantes passam a ter a oferta do teste rápido para a HIV/Aids de forma descentralizada dos CTA (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Somente a partir de 2010, o Estado inicia a extração de dados do Sistema de Informação de CTA (SI-CTA) para um perfil epidemiológico. Mesmo assim, muitos CTA ainda não utilizam o sistema e outros que utilizam não exportam seus dados para a Gestão Estadual, o que cria uma grande dificuldade para a gestão. O cenário atual revela a necessidade da sedimentação em vários níveis de enfrentamento do HIV/Aids.

A ampliação dos serviços, o aumento dos insumos de prevenção e educação, a execução dos Planos de Enfrentamento e a priorização de atividades a populações em maior situação de vulnerabilidade deverão ser aliados à redução dos indicadores de

ocorrência da infecção pelo vírus, bem como à melhoria de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Como afirma a psicanalista Arina Marques Lebrege (2008), tais serviços ainda apontam para insuficiências no que se refere à grande demanda do Estado que figura diante dos poucos leitos disponíveis à internação. Estes pacientes geralmente chegam aos hospitais gravemente debilitados, o que pode estar relacionado com diversos fatores, a saber: 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.

No entanto, para que resultados epidemiológicos mais promissores sejam alcançados, é necessária a continuidade do compromisso da Gestão Estadual a parceria dos gestores municipais e, principalmente, das organizações e da sociedade civil.

1.3. A escuta ao paciente com HIV/Aids

Chega-se nesse momento ao hospital, ou seja, à atenção ao paciente internado por doenças oportunistas para o HIV/Aids, que necessita de escuta geralmente realizada em enfermarias e ambulatório. No caso da presente pesquisa, os atendimentos foram efetuados em enfermarias do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB, instituição da Universidade Federal do Pará, que voltado para assistência à população de baixa renda por meio do SUS, sendo referência em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia, Diabetes – além de ser referência nacional em HIV/Aids.

Justamente por se tratar do cuidado durante a internação, deve-se levar em consideração a hospitalização como um evento gerador de angústia, cujas principais fontes acabam sendo, instalação súbita da doença, incerteza sobre prognóstico, medo da dor e falta de privacidade. Percebe-se que a hospitalização pode ameaçar também a família, suas funções e sua comunicação.

A escuta na instituição hospitalar deve ser problematizada, por implicar em uma série de circunstâncias que permeiam este cuidado, como: um curto tempo de permanência para um tratamento psicológico vinculado ao período de internação e, ao ambiente público, embora reservado, de uma enfermaria; a não garantia de privacidade para a intimidade necessária a uma analítica dos processos psíquicos inconscientes, entre outros. A esta problemática hospitalar, soma-se o diagnóstico tortuoso do HIV/Aids, na qual:

Não apenas o número de mortos e feridos mundialmente é muito expressivo [...] como também a aids – as representações e afetos a ela associados – tem o poder de afetar não apenas os corpos, mas também as mentes, os prazeres, os gestos amorosos, os laços familiares, as relações entre diversos sexos (MOREIRA, 2002, p.10).

Esse cenário mundial descrito acima, com dados de cerca de nove anos atrás, ainda se revela atual não somente em seu aspecto quantitativo, mas nas representações que podem ser escutadas dos pacientes internados. De fato, o diagnóstico de HIV/Aids, de acordo com Moreira *et al* (2012), parece marcar no indivíduo o comprometimento do sentimento de identidade, em suas formas de se relacionar com o outro e consigo mesmo.

Nesse sentido, o que está em jogo no atendimento a estes pacientes parece ser em sua grande parte o enfrentamento de forças mortíferas, questões que envolvem o desejo de viver e o desejo de morrer, e o cotidiano no hospital abre espaço para a oferta de escuta, pois esse indivíduo tem algo a dizer que vai além de suas queixas orgânicas. No entanto, deve-se atentar para as inúmeras atribuições e desdobramentos delineados com o desenvolvimento da psicanálise fora do *setting* clássico.

Tais desdobramentos podem ser tocados neste momento a partir de dois pontos analisados por Moreira (2002) que são fundamentais à escuta analítica no hospital, em especial no que diz respeito à grande parcela dos pacientes internados por serem portadoras do vírus do HIV/Aids. O primeiro ponto diz respeito precisamente ao texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* em que Freud afirma:

Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto – tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é ilícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que seu método não é o da verdadeira psicanálise (FREUD, 1912, p.157).

Esta advertência de Freud surge como fundamento norteador da prática e das questões teóricas suscitadas nela quando o que está em pauta é o atendimento do psicoterapeuta de base psicanalítica voltado a pacientes internados no hospital com o diagnóstico tardio de HIV/Aids. Para tanto, deve-se observar que no hospital onde se deu a presente pesquisa (HUJBB), grande parcela dos pacientes carrega o correlato da

realidade local ao receberem um diagnóstico e um tratamento para HIV/Aids quando a doença já se encontra em estágio avançado e o risco de morte deve ser considerado.

Sobre este paciente em especial, chega-se por intermédio de Moreira ao segundo ponto, que se relaciona ao risco que um paciente com HIV/Aids apresenta:

[...] em muitos casos, a partir da comunicação ao paciente de um diagnóstico de Aids, a evolução a óbito se dá em curto espaço de tempo [...]. O limiar entre a resistência, no sentido analítico do termo, e o mal-estar e dor orgânicos como imperativos reais, colocam enormes problemas para uma escuta que se oferece em uma situação em que há ameaça real à integridade do sujeito em prazos extremamente curtos (MOREIRA, 2002, p.16).

Nesse sentido, o tempo cronológico seria um impedimento à instalação de um processo psicanalítico, pois costumeiramente, este se dá em um prazo longo e quase impossível de estipular, que depende dos *passos* de cada indivíduo – como analisa Freud (1913) em *Sobre o início do tratamento*. Dito de outra forma, é do tempo do inconsciente - do processo primário - que se está falando, o qual não fica a serviço do relógio.

No entanto, como afirma Moretto (2001), o fator tempo não pode ser um limite para que se estabeleça o início de um processo psicanalítico. Isso significa dizer que, esse trabalho breve pode ser comparado às próprias disposições preliminares, que é próprio da análise e pode possibilitar uma nova postura do paciente diante de suas queixas. Mais ainda, quando o paciente se dirige a um outro (analista), pode-se abrir espaço para o surgimento do sujeito do inconsciente, sua entrada em análise e início da manifestação da transferência.

É fundamental destacar, a partir de Moretto (2001), que o indivíduo que demanda a alguém que lhe escute para saber de si mesmo e de seu sintoma, o fará independente de alguma doença orgânica e, ainda, pode demandar tanto em uma instituição, quanto em um consultório particular. O que parece consenso às leituras dispostas para entrelaçar tais questões sobre o *setting*, a necessidade, a demanda e o desejo poderia ser resumidamente organizado na seguinte afirmativa: o importante é que o indivíduo fale e que nesse discurso sobre si ele se dê conta de que seu *eu* é também um *outro*, *inconsciente* e *estrangeiro* a si mesmo.

Até o momento, tem-se claro que não se pretende um tratamento analítico no hospital e que a escuta pode se dar em comparação às entrevistas preliminares. Nesse

sentido, o fundamental é que nesse encontro entre paciente e o psicoterapeuta de orientação psicanalítica, o primeiro possa falar e que nessa fala, se dê conta de seu outro inconsciente e estrangeiro de si mesmo.

Por outro lado, pelo fato de se estar em uma instituição, o psicoterapeuta deve se haver não somente em relação ao seu paciente, pois ali existem outros profissionais com outros paradigmas que orientam sua prática. Assim, a solicitação dos *serviços da psicologia* pode vir entrelaçada a expectativas outras que devem ser destacadas para que se dê uma melhor clareza nessa relação.

Nessa realidade institucional, existem demandas para *acalmar* algum paciente, ou então para *convencê-lo* quanto à adesão de algum tratamento, entre outros pedidos. Nesse ponto é interessante atentar para algumas diferenças fundamentais no que se refere às especificidades do fazer médico e do psicanalista. A medicina busca regulamentar, classificar e enquadrar doenças para então buscar uma cura, conseguindo vários avanços naquilo que se propõe. Ela aponta o sintoma pela queixa, por exames complementares e busca a partir daí procedimentos que recuperem a integridade física, eliminando o sintoma (LEVY, 2008).

Já a psicanálise não mantém esse foco na cura, mesmo por considerar não haver um modelo de homem normal a ser seguido. Além disso, o sintoma é um caminho, pois este se coloca como substituto de algo subjacente. No sintoma então, podemos abrir um caminho para escutar o indivíduo. Como analisa Levy:

Entendemos que a psicanálise possa modificar a relação do sujeito em tratamento com suas pulsões, permitindo o acesso aos conteúdos inconscientes e trazendo-os para a consciência, permitindo outro destino de satisfação das pulsões, decifrando o sentido de seus sintomas (LEVY, 2008 P.76).

Neste sentido, o sintoma em psicanálise é tido como uma formação de compromisso entre os desejos inconscientes e as normas da cultura. O paciente, especialmente no hospital, encontra-se imerso em uma instituição e possui diversos mecanismos que necessita, e/ou, se vê obrigado a submeter-se na difícil relação saúde-doença, na cultura e na sociedade em que estão inseridos. Até mesmo suas condições socioeconômicas podem entrar nesse cenário. É a partir desse contexto que se dá a escuta psicanalítica que engloba logicamente uma especificidade técnica e teórica. Levy analisa este ponto da seguinte forma:

A escuta analítica, pressupõe o uso da associação livre, da interpretação e da análise da transferência, como eixo fundamental da psicanálise. Quando nos referimos à peculiaridade da escuta analítica no hospital, estamos também falando de algumas diferenças nas formas de atuação, o que nos leva a pensar na relação transferencial estabelecida neste *setting*, com pacientes graves, em condições adversas. Porém, a psicanálise mantém uma posição, que mesmo diante de outros espaços, conduz a fazer um trabalho acessível ao social, às instituições públicas, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que escutá-los, além de possibilitar o alívio dos sintomas, poderá levá-los ao encontro com sua subjetividade, em desejo saber sobre si (LEVY, 2008, p.78).

A partir dessa perspectiva, nota-se a existência de possibilidades e desafios ao oferecimento de escuta ao paciente e, além disso, pelo recurso da transferência ele possa falar do que mais lhe incomoda. A partir desse momento, o paciente pode deixar de ser apenas um número de leito e se reposicionar nesse lugar agora como um sujeito: que participa de seu tratamento, que é dono de seu corpo e que possui uma história.

Estas considerações são tecidas não apenas teoricamente, pois enquanto se escreve é impossível não lembrar um paciente atendido pelo presente pesquisador que dizia: “Os médicos vêm aqui com seus alunos e ficam falando umas coisas que eu não entendo. Sabe o que eu faço? Eu digo que quero saber, por que eles *tão* falando do meu corpo e o corpo é meu! Eu faço parte da equipe, por que quem sabe do meu corpo sou eu”.

Sobre o atendimento no hospital, deve-se atentar ainda para um ambiente no qual, tanto os profissionais quanto os pacientes são obrigados a respeitar as normas e leis que o regem. Além disso, o vínculo do paciente com a instituição é forte, uma vez que, é para lá que ele se dirige em busca de ajuda para seu sofrimento e, portanto, tal relação deve ser também observada.

O vínculo transferencial se mostra como aquele que dá suporte e amparo ao trabalho como um todo, principalmente porque a instituição oferece ajuda com os seus serviços de saúde, sendo uma referência para os pacientes. Nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, a dinâmica transferencial se especifica, demandando do analista formas de atuação diferentes daquelas dos consultórios privados. O processo analítico se desenrola na medida em que o analista fica atento aos lugares a ele destinados pelos movimentos transferenciais dos pacientes (LEVY, 2008).

A respeito da problemática dos impasses inerentes ao *setting* hospitalar, pode-se

recorrer a Freud (1912), que em *A Dinâmica da Transferência* discute que características próprias da análise, como a relação transferencial, não devem ser atribuídas somente à psicanálise clássica, mas sim à própria neurose. O importante é que o analista possa identificar no processo a dinâmica psíquica do paciente.

Tal fundamentação é essencial na investigação em relação à escuta psicanalítica como dispositivo clínico oferecido ao paciente, pois se entende que ela possa viabilizar na e pela transferência, um reposicionamento do sujeito diante de sua enfermidade. E quando a enfermidade é algo como o HIV/Aids, deve-se acrescentar que muito ainda precisa ser circunscrito em relação aos efeitos cruéis que o imaginário Aids/morte tem produzido. É o que veremos a seguir nos ensinamentos obtidos a partir da escuta de Helena.

1.4. “Ele não pode saber”: Helena⁴ entre a submissão e a subversão

“Foi um sonho medonho, desses que, às vezes, a gente sonha e baba na fronha e se urina toda e já não tem paz. Pois eu sonhei contigo e caí da cama. Ai, amor, *não briga!* Ai, *não me castiga!* Ai, diz que me ama e *eu não sonho mais!*” (Chico Buarque de Holanda, 1980).

O nome fictício de Helena, paciente que nos oferece o presente fragmento de caso, nos remete à *Ilíada*, poema escrito por Homero há cerca de três mil anos e destinado a Ílion (nome grego de Tróia). De acordo com Hughes (2009), Helena e sua beleza teriam sido um dos principais motivos da guerra de Tróia, a partir do momento em que Páris (filho de Príamo, rei de Tróia) *rapta* Helena de seu esposo Menelau (filho de Atreu, rei de Micenas e o mais poderoso dos chefes gregos).

A riqueza de detalhes aqui condensada não deixa de evidenciar um ponto fundamental: a possibilidade que Helena possui de escolher com quem se envolver. Podem-se destacar dois momentos, sendo que o primeiro fora sugerido por Odisseu (rei de Ítaca) a Tíndaro (rei de Esparta e pai de Helena), pois a mulher mais bela do mundo despertara vários pretendentes, o que envolvia com isso o sério risco para seu pai ao escolher um em detrimento de vários homens influentes e poderosos. Então, ficando à sua escolha, Helena escolhe Menelau. Um segundo momento seria posterior à escolha por Páris da deusa mais bela do Olimpo – Afrodite, em detrimento de Hera e Atena. Ele,

⁴ Deve-se destacar que os nomes descritos neste caso clínico são fictícios e que a paciente assinou o *Termo de Consentimento Livre Esclarecido*, exigido pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a resolução 196/96.

um homem comum, fora designado para tal encargo, pois os deuses não conseguiam chegar a uma conclusão. Em troca, Afrodite oferecera a mulher mais bela dentre todas as mortais – Helena -, que, no entanto, já era casada com Menelau havia três anos. É nesse momento que se dá a nova escolha de Helena, pois quando ele vai à busca dela e torna-se hóspede do casal, ela se enamora por Páris e decide acompanhá-lo.

Destacada essa personagem Helena, uma mulher que tem a possibilidade de desejar, pode-se dar seguimento ao encontro de fragmentos de atendimento de uma paciente que parece encarnar uma posição semelhante, salvaguardando, porém os diferentes contextos históricos em que se encontram a personagem e a paciente, principalmente no que diz respeito à ordem repressiva. Com esta diferença esclarecida e o objetivo da comparação explicitado, pode-se ir adiante.

A solicitação de atendimento à paciente Helena se deu por conta da experiência realizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB, como pesquisador do projeto intitulado *Relações de Gênero, Saúde e Produção de Subjetividade: Vulnerabilidade e a Feminização da Epidemia do Hiv-Aids em Belém e Barcarena*.

O contato com ela ocorreu na enfermaria da clínica de Pneumologia que realiza um atendimento voltado fundamentalmente para pacientes usuários do SUS, internados por enfermidades como: tuberculose, pneumonia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), entre outras, das quais em sua grande maioria, representam as chamadas *doenças oportunistas* para o vírus HIV.

Essa localização é importante, justamente por se tratar de uma enfermaria que, por voltar-se ao tratamento de doenças pulmonares, possui a característica física de propiciar espaços abertos e arejados. Por outro lado, este aspecto por vezes acaba representando pouca privacidade.

Assim, esta privacidade no hospital é um assunto fundamental, principalmente no que diz respeito à enfermaria onde foram realizados os atendimentos, que é composta por quatro leitos - em cada quarto -, sendo que cada um desses é utilizado por um paciente, que por sua vez, pode ter um acompanhante quando há dificuldade de locomoção. Logo, as sessões em enfermaria normalmente se dão em tom de voz que procura resguardar um mínimo de sigilo, sendo que, ou pede-se que o acompanhante retire-se temporariamente ou leva-se o paciente ao consultório de psicologia.

É necessário considerar, a partir da descrição desse local, que o psicoterapeuta deve manter sua atenção flutuante tanto à escuta do paciente quando às situações que

podem eventualmente ocorrer durante o atendimento. Além disso, o lugar pouco reservado da enfermaria pode ser um obstáculo à fala do paciente, que precisa mudar seu tom de voz e estar atento para que o que se diz não chegue aos ouvidos de médicos, de enfermeiros, dos profissionais de limpeza e dos colegas de enfermaria.

É nesse lugar de atendimento que foi possível conhecer um pouco da história de Helena, paciente que demandou um cuidado para além da necessidade orgânica a partir de um pedido repetido e anunciado em tom de alerta: “Ele não pode saber”! Foi dessa maneira que se deu a solicitação de atendimento psicológico pela médica de plantão. No contato com a médica em questão, que afirmou: “depois de receber o diagnóstico de HIV/Aids, ela ficou falando isso. Ela repetia isso pra todo mundo que falava com ela”.

A pergunta que poderia se seguir, caso fosse algo dito da paciente ao psicoterapeuta, seria: quem não pode saber? Mais tarde, poderemos notar que a pessoa que ocupa essa função é o marido de Helena. De qualquer forma, parece haver a possibilidade inicial, mesmo antes do primeiro atendimento, de que uma das coisas que mais a incomodava estaria situada em sua relação com o outro.

Este alerta de Helena nos remete ao capítulo II do trabalho de Freud intitulado *O mal-estar na civilização*, quando ele analisa o sofrimento humano como proveniente de três direções: “de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução [...]; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós [...]; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens”. Sobre este último, Freud ainda acrescenta que “talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro” (FREUD, 1930 [1929], p.95). De fato, ao que veremos a seguir, pode-se supor que o sofrimento de Helena esteja nesta mesma via descrita por Freud, ou seja, do corpo condenado à morte e em relação ao marido.

Mas antes de maiores desdobramentos acerca deste ponto, seguiremos o protocolo institucional e conheceremos um pouco mais da história clínica da paciente a partir do que fora lido em prontuário, do que fora conversado com o médico responsável e das primeiras impressões em atendimento realizado no ano de 2009.

Partindo desses meios, chegamos a um razoável levantamento inicial da história de Helena com sua doença. Vê-se de início que a paciente parece ter percorrido um longo caminho de sofrimento antes da chegada ao hospital, visto que no início do mesmo ano ela já havia sido internada com graves comprometimentos físicos. Helena apresentava um quadro orgânico de constante tosse não-produtiva, de forte intensidade,

acompanhada de dispnéia. Apresentou *anorexia acentuada*, perda de peso e conforme descrição do prontuário, incluía febre principalmente no período noturno, acompanhado de calafrios. No mês de abril daquele ano, ela procurou atendimento médico e iniciou o primeiro esquema medicamentoso para o tratamento de tuberculose pulmonar. Após dez dias de medicamentos, apresentou hepatite medicamentosa e abandonou o tratamento.

Deste primeiro momento até a internação na qual se deu a escuta da qual nos ocupamos neste trabalho, passaram-se cerca de quatro meses. Então Helena fora novamente internada por conta de derrame pleural além de tuberculose pulmonar.

Helena, é uma jovem de trinta e quatro anos, trabalha cuidando de sua casa, onde reside com o marido e uma filha de três anos de idade, com os quais diz manter bom relacionamento. Estivera, durante a hospitalização, sempre acompanhada de sua mãe, que vamos chamar de Joana, uma senhora de cerca de sessenta e cinco anos que mostrou desde sua internação, em 16 de junho de 2009, um grande apoio à sua filha.

Dos poucos encontros que tivemos notou-se forte presença da figura materna em seus cuidados no hospital embora ambas tivessem relatado distanciamento afetivo entre elas em período anterior à internação. Nesses primeiros contatos, foi possível ter a impressão de um contraste entre uma mãe religiosa e uma filha que se distancia de tal paradigma. Com isso, desde os primeiros atendimentos foi possível notar no discurso da mãe a ideia de que Helena estaria sofrendo um castigo divino e somente o retorno à vida religiosa poderia salvá-la.

Revelando essas primeiras impressões, podemos retomar o ponto de partida para assim seguirmos em frente: “Ele não pode saber”!

Aqui se deve antecipar um conteúdo significativo, que se dará a ver com o desenrolar dos atendimentos, a saber: o tempo que fora necessário para que Helena iniciasse a falar de si, o que incluía também a repercussão do diagnóstico positivo de HIV/Aids. Com isso, supõe-se de início que, pela via transferencial e pelos princípios do acontecer psíquico – condensação e deslocamento-, “Ele”, parece incluir a figura masculina, inclusive a do analista.

Certamente se deve considerar o local e a enfermidade do presente atendimento como impedimentos reais ao desenrolar da fala da paciente. No entanto, é importante que se possa realizar outras indagações no que diz respeito ao vínculo transferencial. Nesse sentido, pode-se recorrer ao artigo técnico de Freud (1914) intitulado *Recordar*,

repetir e elaborar, pois neste trabalho, há uma importante relação entre compulsão à repetição, transferência e resistência.

A transferência, para Freud (1914), é um fragmento da repetição, a qual por sua vez, é uma transferência do passado esquecido, que se dá não apenas na relação com o psicoterapeuta, mas também em cada diferente relacionamento que pode ocupar sua vida na ocasião. Quando há uma transferência torna-se possível virem à tona lembranças outrora escamoteadas. Mas se, à medida que a análise progride, a transferência se torna hostil, o recordar abre caminho à atuação (*acting out*). Daí por diante, as resistências determinam a sequência do material que deve ser repetido e o paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento. Assim, ao invés de recordar, o paciente repete ou atua sob as condições da resistência.

Com esses breves comentários teóricos, pode-se levar em consideração a possibilidade desse não falar como resistência ligada à transferência, mas sem deixar em segundo plano o tempo necessário para o estabelecimento do vínculo, o *setting*, os impedimentos orgânicos, entre outros. Depois dessas palavras introdutórias, chegamos enfim ao encontro de Helena. Na primeira intervenção com a paciente, foi possível perceber uma jovem com baixo peso, aparentando poucos cuidados pessoais, tremores pelo corpo e dificuldade em permanecer em pé ou sentada.

Acerca dessa primeira impressão, podemos citar o que Elizabeth Levy chama de *contratransferência visceral*, visto que no hospital o psicoterapeuta “se depara não só com o sofrimento psíquico do paciente, mas com feridas, sangue, vômitos, tubos, dentaduras, pus, odores e outras configurações típicas das internações [...]” (LEVY, 2008, p.86). É certo que neste estudo, se analisa o atendimento no CTI, mas a realidade das enfermarias pode não ser tão diferente.

No caso de Helena, o que saltava aos olhos era uma extrema fragilidade. Atividades simples como falar, sentar em uma cadeira, virar o rosto, sorrir, entre outras, somente eram executadas por meio de duros esforços. Seus olhos pareciam fundos e distantes, e seu corpo leve e quase sem forças. Nesse primeiro atendimento, tendo em vista sua condição física, busquei alguma reação dela, perguntando como estava, tentando saber o que pensava nos momentos em que ficava em silêncio, com um olhar fixo para a varanda durante a conversa, perguntando sobre sua acompanhante – que aliás estava sempre com ela por conta de sua fragilidade -, se alguém viria visitá-la,

onde morava, o que fazia, o que gostava de fazer, entre outras coisas. Suas repostas eram curtas e com uma fala monótona e que pouco se escutava.

Ela iniciou a falar um pouco mais quando pedi que me contasse do marido citado por ela quando pergunto com quem ela morava. Contou-me então que ele veio visitá-la e que a ajudava muito (não pude saber, no entanto, de que maneira se dava essa ajuda). Em seguida, contou que queria ver sua irmã da qual gostava muito e pensava em melhorar logo para poder ver sua sobrinha que estava por nascer.

Como era uma sexta-feira e o serviço de psicologia fica ausente nos fins de semana, procurei manter o tom de um diálogo baseado em seus planos no presente e no futuro, enfatizando além desses conteúdos trazidos por ela, a presença de um momento cultural que ocorreria no hospital sobre a *feira junina* durante o dia seguinte (sábado). Ela manifestou interesse também pelo evento e ficamos por aí na conversa, marcando um próximo encontro na segunda-feira.

É interessante notar a importância do laço social em pacientes gravemente enfermos. Segundo Paulo Roberto Ceccarelli (2008) em um artigo intitulado *Laço social: uma ilusão frente ao desamparo*, o laço social seria uma "saída" diante as angústias; uma busca de alento no mundo interno ou em construções imaginárias e simbólicas que o mundo externo oferece.

Foi seguindo essa via de entendimento que se enfatizou nesse primeiro atendimento o laço social realizado entre Helena, sua sobrinha e o trabalho psicoterapêutico que se iniciou ali, frente a uma paciente que parecia desamparada.

Assim, como combinado, voltamos a conversar no início da semana, quando a paciente aparentava alguma melhora. Mostrando-se um pouco mais comunicativa, contou que melhorou depois de “tomar umas bolsas de sangue” e comentou sobre o início de suas tosse até a evolução para o quadro de tuberculose. Chego a perguntar: “Helena, então você está internada para tratar da tuberculose”? Ela responde: “sim”.

Passamos então a conversar sobre o tratamento da tuberculose e importância de tomar os medicamentos para não haver recaída. Em meio a esta conversa ela chega a mencionar que teria que continuar a buscar seus remédios depois da alta em uma unidade de saúde. Então pergunto o porquê de ser lá (imaginando que talvez mencionasse o tratamento em alguma URE-DIPE⁵). A paciente responde com uma

⁵ Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais - URE DIPE presta assistência ambulatorial aos portadores do Aids do Estado do Pará, sendo uma Unidade de

pergunta irônica: “Tu queres me perguntar alguma coisa não é”? Eu respondo perguntando o que ela acha que eu gostaria de perguntar e ela diz: “Não sei...”.

No campo transferencial, parece ter se instalado o imperativo de Helena, “ele não pode saber”, que silenciou o psicoterapeuta, cuidadoso de não ser invasivo e alimentar a resistência da paciente.

No próximo atendimento, a paciente pareceu regredir em sua condição orgânica e disse não querer falar. Apesar disso, contou novamente sobre a vontade de melhorar para ver sua sobrinha. Sua mãe estava por perto e disse: “Minha filha, conta sua vida pra ele”. Ela disse: “Minha vida é isso”.

Essa curta frase pronunciada pela paciente de forma cortante pareceu-me indicar duas possibilidades de entendimento. A primeira delas pode estar relacionada a uma impossibilidade real e orgânica. Ela estaria assim me dizendo que sua vida se resumiria a um corpo doente sobre um leito de hospital. A segunda poderia significar um desejo de não falar diante da pouca intimidade no atendimento em enfermaria, diante da mãe, e indicaria uma atitude de reservar-se o direito à privacidade.

Seguindo adiante, com o objetivo de ouvir mais, aliado ao silêncio que se fez após sua última fala, passei a falar. Disse então que parecia que naquele momento a sua vida estava representada unicamente pela hospitalização e pela doença - que ela relatava. Ela confirmou e disse que ia agora se cuidar. Pedi que falasse mais sobre o significado de se cuidar e ela contou que não iria mais para o “fusquinha da saudade”^{6 7} e que deixaria de sair à noite embora gostasse muito de dançar.

Este ponto de sua fala é fundamental ao presente estudo, e praticamente carrega o elemento que costura as duas proposições teóricas em relação ao caso clínico que são de grande interesse para a presente pesquisa: o tornar-se mulher e os ideais de Eu. Certamente, não esgotaremos essa análise neste momento, mas algumas palavras podem ser antecipadas a título introdutório.

Em *Sexualidade e preconceito* Ceccarelli (2000) relaciona os ideais do Eu, que participam ativamente do processo de recalque e a criação de uma sexualidade

diagnóstico, tratamento e acompanhamento, também desenvolvendo atividades educativas e informativas para a população.

⁶ Nome dado a festas populares em Belém do Pará, na qual são tocadas apenas bregas das décadas de 1970 a 1990, emprestando a imagem do fusca como um retorno ao passado.

⁷ Brega é um gênero musical brasileiro. O termo designava um tipo de música romântica, com arranjo musical sem grandes elaborações, bastante apelo sentimental, fortes melodias, letras com rimas fáceis e palavras simples.

normativa cujo desvio pode ser gerador de culpa. Isto é importante para o presente estudo, pois a noção de sexualidade em psicanálise, por romper com o determinismo biológico e suas repercussões no papel que supostamente deveria ser exercido *naturalmente* por homens e mulheres, abre espaço para o *sexual dos ideais* - criado a partir de valores e referências identificatórias.

Até este momento, com o que temos construído, deve-se pensar um pouco adiante. Ao receber o diagnóstico para a HIV/Aids, o que aparece na fala de Helena não é, em primeiro lugar, o medo de morrer por portar uma doença grave, mas um medo de não ser mais amada pelo outro que não pode saber de seu diagnóstico de HIV/Aids, e uma culpa relacionada à sua moral sexual vivida anteriormente.

Aparentemente, Helena não tomou para si o ideal de uma mulher/mãe e dedicada somente à vida de dona de casa – que aparece como nova (ou antiga?) proposta de um ideal para Helena no discurso da mãe -, ou seja: estaria Helena, em seu imaginário, sofrendo um castigo pelo fato de não ter seguido os ideais constitutivos da mulher na cultura ocidental?

Voltando aos atendimentos, pode-se notar que sua mãe diz que ambas passariam a morar juntas e que Helena sairia somente para ir à igreja. Retruquei dizendo para Helena: “Mas se tu gostas tanto de dançar, como é que vais parar assim”? Ela disse que “o problema era a noite, a bebida e a farra”. Afirmei que não parecia mesmo que o problema fosse o de se divertir e dançar, mas a falta de cuidado consigo mesma. Sua mãe também concordou e fez alguns passos de dança. Brinquei dizendo que ela, Helena, parecia que tinha para quem “puxar”, ou seja, de quem herdou o gosto peça dança.

A afirmação da legitimidade do desejo de Helena em obter prazer sem perigo e sem culpa, introduzido pelo psicoterapeuta, foi referendado por sua mãe. Esse breve momento pode ter significado muito para Helena, já que na sessão seguinte, como veremos a seguir, ela afirma estar melhor e se permite revelar seu “segredo”. Algo no campo transferencial mudou, já que o psicoterapeuta mostrou que não a condenava por seus ideais do Eu relativos a seus modos de obter prazer.

Teria essa intervenção do psicoterapeuta e o reconhecimento materno produzido efeitos de desculpabilização na dinâmica psíquica de Helena? Provavelmente sim, como parece demonstrar a sessão seguinte.

No dia seguinte, busquei conversar a sós com Helena que até neste momento não havia mencionado ser portadora do vírus do HIV/Aids. Ela permaneceu deitada no leito

e próxima de mim, que estava sentado em uma cadeira. Falou que estava “bem melhor” e que sentia vergonha pelos dias em que não conseguia falar. Voltou a falar sobre o tratamento da tuberculose e então eu disse: “Helena, quando sua médica me pediu que eu viesse aqui, contou que você parecia estar muito preocupada com alguma coisa. Tem algo ainda te preocupando”?

Nesse momento ela olhou para os lados, como para verificar se o ambiente está seguro para contar algo confidencial e disse: “Tu sabes não é? Eu tenho Aids”. Pedi que me falasse sobre isso.

Ela contou que estava muito preocupada com seu marido e como seria sua reação quando ele soubesse (pode-se notar o medo na relação com o outro, aqui especialmente representado pela figura do marido). Sua fantasia sobre a cena do contar envolve reações agressivas em direção a ela e até mesmo a possibilidade dele a abandonar. Essa última possibilidade parece causar um medo maior, pois ela o vê como um grande amigo e uma pessoa com quem pode contar. Falou ainda que acreditava que ela mesma havia contaminado o marido, pois manteve relações com outro homem, o qual faleceu por conta da aids (S.I.C.). Contou que “ele ficou sabendo, mas mesmo assim a perdoou”. Esperava que isso se repetisse agora.

É importante notar o movimento de Helena em relação à doença, pois ele parece estar dividido em dois momentos. No primeiro, Helena se encontrava distanciada da mãe e bastante próxima ao marido ao qual lhe atribui características próprias daquele que cuida e provê. Posteriormente, agora próxima à mãe, a recomendação que incide no momento posterior à constatação do diagnóstico positivo de HIV/Aids era a de uma vida em abstinência. Helena retorna à mãe, supostamente por identificação e por ser esta, enquanto função, o primeiro objeto de amor da constituição psíquica no desenvolvimento psicosexual. Com esse movimento regressivo, estaria Helena, construindo um caminho em que para continuar vivendo, precisaria reprimir sua sexualidade culpada a partir do advento de novos ideais?

Voltando ao atendimento de Helena, e levando em consideração a gravidade de sua saúde que voltara a piorar, aliado ao receio de que seu sentimento de culpa viesse à tona de tal forma que pudesse ocasionar algum movimento autodestrutivo, busquei relativizar tal acontecimento – sobre a ideia de ter contaminado o marido - mostrando que a entendia, mas questionando o fato de que se ele sabia de tudo e continuava mantendo relações sexuais sem preservativo, parecia que a escolha e a responsabilidade

poderiam ser divididas entre os dois. Ou seja, seu marido também tivera sua responsabilidade. Ela pareceu refletir sobre isso em silêncio.

Nesse momento sua mãe chegou e ela disse que gostaria de conversar no dia seguinte sobre isso. No entanto, no dia seguinte Helena permaneceu em silêncio depois da minha chegada e disse: “Não quero conversar hoje”.

Depois disse: “Deixa que eu conto pra ele”. Perguntei o que ela havia pensado sobre isso e então disse que o chamaria em casa na presença de sua mãe e eles então conversariam. Insisti na possibilidade de trazê-lo utilizando a metáfora de que se um peso está muito grande, chamando uma pessoa para ajudar, o peso diminui.

No entanto, seu estado clínico voltou a piorar e ela optou por conversar com ele depois que recebesse alta. Em suas próprias palavras: “Deixa primeiro eu melhorar de saúde, depois eu converso com ele”. Parece que ela estava dizendo: “Estou sem forças para uma tarefa tão árdua”.

O essencial a ser destacado nesse breve atendimento diz respeito ao lugar em que é posto o sexual e a ordem repressiva na vida de Helena, pois ela se encontra imersa nesses discursos durante sua internação. Esses, por sua vez, fizeram-se presentes também em outros pacientes internados neste hospital de referência (HUIBB) durante pesquisa realizada no período de 2008 a 2010, no entanto, por razões metodológicas não são descritos aqui como caso clínico.

De fato, é de se chamar atenção a repetição em pacientes com diagnóstico recente de HIV/Aids, de uma postura representada pelo que Helena diz: “Agora vou morar com minha mãe e só saio para ir à igreja”. Pois, de acordo com o projeto de pesquisa citado anteriormente além da literatura pertinente, o que parece tomar o primeiro plano em pacientes infectados pela via do sexual – diferentemente de pacientes cujo contágio se dá por outras vias, a exemplo da transfusão de sangue -, é a abstinência ao ato sexual em detrimento de outras questões relacionadas, como: o tratamento penoso, os cuidados com a saúde e a possibilidade de morte. É certo que esse movimento de morar com a mãe pode ser analisado também como um recolhimento narcísico de investimentos para o Eu, atividade própria de pacientes que adquirem uma doença grave como o HIV/Aids.

Pode-se acrescentar que o componente representado pela *igreja* nos remete a Freud quando afirma que: A “vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; [...] A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas”. Diante desta

dificuldade inerente à vida, Freud afirma haver três formas de lidar: “derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela”. A religião para os homens comuns, assim como a arte e a ciência para os que se debruçam a elas, estaria contida nas satisfações substitutivas, eficazes graças ao papel que a fantasia assume na vida mental (FREUD, 1930 [1929], p.93).

Assim, quando Helena fala em ir à igreja, pode-se pensar em uma ajuda possível encontrada e oferecida pela figura materna. Com isso, pode-se pensar que Helena utiliza-se de um mecanismo de regressão ao voltar-se para a mãe como objeto de amor sublimado, constituindo uma defesa contra o amor objetal que ela vivia com o marido e que agora parecia estar bastante fragilizado a partir da possibilidade de abandono. No entanto, a que custo se dá esse apoio? Para melhor discutirmos, voltemos a citar Freud quando, ao tratar das estratégias humanas utilizadas na “arte de viver”, afirma:

A religião restringe esse jogo de escolha e adaptação, desde que impõe igualmente a todos o seu próprio caminho para a aquisição da felicidade e da proteção contra o sofrimento. Sua técnica consiste em depreciar o valor da vida e deformar o quadro do mundo real de maneira delirante – maneira que pressupõe uma intimidação da inteligência. [...] Se, finalmente, o crente se vê obrigado a falar dos ‘desígnios inescrutáveis’ de Deus, está admitindo que tudo que lhe sobrou, como último consolo e fonte de prazer possíveis em seu sofrimento, foi uma *submissão* [grifo meu] incondicional (FREUD, 1930 [1929], p.104).

De fato, esse movimento de Helena em busca de apoio à sua mãe e à religião nos é caro ao desenvolvimento deste trabalho. Nota-se um árduo trabalho realizado pela paciente ao ter sentido abalado toda uma construção de ideais que legitimavam seu desejo em obter prazer sem culpa, em razão de seu diagnóstico de ser portadora de HIV/Aids. Assim, o que fazer com todo esse sofrimento? Ao que parece nesse momento do percurso de Helena, nos últimos atendimentos realizados antes dela ter alta hospitalar, foi necessário um movimento regressivo de apoio ao amor da mãe e de submissão ao inescrutável paradigma religioso voltado à abstinência sexual por se mostrar uma possibilidade de conforto e consolo necessário para suportar algo tão doloroso.

2. A SEXUALIDADE FEMININA E A PSICANÁLISE: POR UMA OPOSIÇÃO À VISÃO NATURALIZADORA DA MULHER

A partir do que fora descrito até o presente momento, é possível notar um cenário preocupante em nossa região, pois há ainda um crescente número de mulheres infectadas pelo vírus do HIV/Aids. Com essa realidade, diversas são as práticas envolvidas nos sentidos de prevenção, bem como voltadas ao cuidado com o paciente que já se encontra infectado pelo HIV/Aids, visto que o número de pessoas vivendo com essa doença continua crescendo.

Tal crescimento pode ser relacionado ao constante avanço, pela medicina, da eficácia dos medicamentos. No entanto, deve-se ressaltar que apesar de sua fundamental importância, o indivíduo necessita, além do *remédio*, de algo a mais no que se refere ao *cuidado*, pois ele precisa falar e ser escutado.

Para a psicanálise, é a partir do indivíduo que se estabelece a escuta, e com ela, pode-se aproximar ao conteúdo conflitual que subjaz ao sofrimento manifesto. Portanto, é da fala de Helena – e de sua oposição diante das exigências civilizatórias acerca da mulher, como: repressão à sexualidade, passividade, dependência em relação ao marido/homem, etc. - que se estabelece a partir deste momento o percurso da fundamentação teórica acerca da sexualidade feminina para a psicanálise.

Sobre o percurso acerca do estudo do feminino, Joyce McDougall (1997) – *As múltiplas faces de Eros* - demonstra o quão revolucionário fora o posicionamento de Freud desde os *Estudos sobre a histeria* (1893 - 1895) ao escutar e dar credibilidade ao discurso das mulheres em um período cultural predominantemente falocrático. Pacientes como Anna O., Lucy R., Irma, Emmy Von N., Dora e Katarina foram de fato fundamentais ao desenvolvimento da psicanálise, contribuindo para sua técnica e o desenvolvimento de conceitos centrais como o de inconsciente.

Como afirma Nunes (1995), desde seus primeiros estudos, Freud vai se deparar com a questão do feminino, iniciando em *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) até *Análise terminável e interminável* (1937) ao longo de 44 anos de pesquisa. É interessante notar que suas observações não partem unicamente da escuta de suas pacientes, mas principalmente a partir de elaborações acerca do desenvolvimento sexual dos meninos, de diferentes mitos existentes na cultura ocidental sobre as mulheres, das fantasias masculinas sobre o sexo feminino e dos estudos sobre a homossexualidade e as

perversões de um modo geral. Não parece acaso que sejam exatamente as histéricas que cheguem primeiro a Freud. Vejamos o que afirma Nunes a respeito deste ponto:

As histéricas são mulheres que apresentam dificuldades em se adaptar à postura passiva esperada e que, diante da coerção estabelecida à sua sexualidade e à vida de um modo geral, encontram na neurose a melhor forma de dramatizar sua insatisfação e seu protesto. São mulheres que causam problemas, e ao que parece, os tratamentos psiquiátricos, com todas as duchas frias e demais corretivos, não conseguiram esfriar seus ânimos (NUNES, 1995, p. 17-18).

Ao contrário da visão psiquiátrica que tratava os sintomas histéricos como disfunções a serem eliminadas, Freud se dispõe a ouvi-las e tentar dar sentidos aos seus sintomas, descobrindo desejos ocultos e inconfessáveis, que falam de uma sexualidade que não encontra outra forma de expressão. A partir daí, Freud rompe com o discurso hegemônico da histeria do século XIX que pressupunha uma base constitucional patológica ao entender que a histeria seria o resultado de um conflito psíquico entre a sexualidade e as exigências do Eu, da realidade externa e de uma determinada moral cultural (NUNES, 1995).

Este caminho de escuta às mulheres, voltado ao estudo desenvolvido por Freud acerca delas deve ser realizado com o objetivo de efetuar um *descolamento* da figura da mulher à ideia de passividade frente à atividade masculina, além de contrapor com argumentos próprios da psicanálise qualquer redução grosseira da sexualidade feminina a determinantes biológicos. Para tanto, deve-se seguir em maior proximidade aos textos freudianos.

2.1. Breves comentários terminológicos

Antes de seguir adiante, é necessário situar o leitor à terminologia utilizada para tratar do tema, mas especialmente em dois conceitos que serão cuidadosamente estudados. São eles: *sexual*, *sexualidade*, *feminilidade* e *feminino*.

No que tange o sexual, deve-se considerar que em meados do final do século XIX e início do século XX, o mundo médico e científico sustentava a opinião de um instinto genital que se afluaria na puberdade e teria a função biológica da reprodução. Com isso, existia uma concepção de normalidade definida a partir da vida sexual do adulto pelo ato entre homem e mulher destinado à procriação, e com isso, cria-se a ideia

de uma aberração sexual voltada para qualquer ato que fugisse a essa regra (ROUDINESCO, 2003).

A clínica psicanalítica, por sua vez, ao escutar o paciente neurótico e estudar as perversões sexuais, abre caminho para uma nova forma de se entender a sexualidade desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) quando Freud afirma:

[...] os sintomas representam um substituto para os impulsos de uma fonte cuja força se origina do instinto [pulsão] sexual. O que sabemos da natureza dos histéricos antes de adoecerem – e eles podem ser considerados típicos de todos os psiconeuróticos – e sobre as ocasiões que precipitam sua doença, está em completa harmonia com este ponto de vista (FREUD, 1905, p.167).

Deste texto freudiano, destaca-se uma outra maneira de pensar a dualidade saúde/doença, pois depreende-se da escuta clínica, elementos presentes na história de vida e desenvolvimento psicosexual de cada neurótico. Além disso, a sexualidade deixa de ser pensada a partir da puberdade, segundo a tradição científica dominante, e então:

Começa a delinear-se uma fórmula que estabelece que a sexualidade dos neuróticos permanece num estado infantil ou é trazida de volta a ele. Assim, nosso interesse se volta para a vida sexual das crianças e iremos agora investigar o jogo de influências que governa a evolução da sexualidade infantil até que ela se converta em perversão, neurose ou vida sexual normal (FREUD, 1905, p.175).

De acordo com Freud (1905), essa noção de sexualidade infantil não fora bem aceita em seu início, mesmo que em uma leitura atenta se possa notar uma posição clara de como é concebida a sexualidade em termos de vida anímica e o sexo como atividade genital adulta: A sexualidade pode se apoiar no orgânico, mas transcende-o, tornando-se fundamental na vida psíquica.

Essa preocupação em delinear bem os termos parece provocar Freud até um de seus últimos trabalhos, quando no *Esboço de psicanálise*, afirma: “É necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de ‘sexual’ e ‘genital’. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm a ver com os órgãos genitais” (FREUD, 1940 [1938], p.177).

Aqui, é importante circunscrever o termo *sexualidade*, pois de acordo com Chemama e Vandermersch (2007), está relacionado à noção de *sexual*, que designa

tanto a ideia de sexualidade como atividade consciente, quanto à vida libidinal, psíquica e inconsciente que a subjaz e a determina.

Já, no que diz respeito ao *feminino e à feminilidade*, devemos recorrer a Birman (1999) que entende a noção de feminilidade como um conceito em oposição ao de *falo*. Assim, o falo estaria ligada à noção de totalidade e a feminilidade estaria mais relacionada ao diferente e ao relativo, dizendo respeito não às mulheres, mas à relação entre o indivíduo e o outro. Por sua vez, o *feminino* é utilizado no presente estudo em consonância com a terminologia freudiana adotada após 1930 quando ele passa a estudar de forma mais direta aos possíveis destinos do que viria a ser uma mulher.

Certamente essas noções não se esgotam nesse curto comentário introdutório, mas servem para que se organize de forma mais eficaz, a nível terminológico, o percurso a ser desenvolvido sobre o que a psicanálise tem a ensinar sobre a sexualidade feminina.

2.2. A diferença sexual se daria pela anatomia?

Como indica Ceccarelli (1999) a oposição entre masculino/atividade e feminino/passividade fora examinado por Freud desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), especialmente em uma de rodapé acrescentada em 1915 na qual Freud analisa o perigoso jogo de palavras envolvido nas discussões sobre gênero:

É essencial compreender claramente que os conceitos de ‘masculino’ e ‘feminino’, cujo significado parece tão inequívoco às pessoas comuns, estão entre os mais confusos que ocorrem na ciência. É possível distinguir pelo menos três usos. ‘Masculino’ e ‘feminino’ são usados por vezes no sentido de *atividade e passividade*, por vezes num sentido *biológico* e por vezes, ainda, num sentido *sociológico*. O primeiro destes três significados é o essencial e mais útil na psicanálise. Quando, por exemplo, a libido foi descrita acima como ‘masculina’, a palavra estava sendo usada neste sentido, pois um instinto [pulsão] é sempre ativo mesmo que tenha em mira um objeto passivo. O segundo significado, ou biológico, de ‘masculino’ e ‘feminino’ é aquele cuja aplicabilidade pode ser facilmente determinada. Aqui, ‘masculino’ e ‘feminino’ são caracterizados pela presença de espermatozóides ou óvulos, respectivamente, e por funções que deles procedem. A atividade e seus fenômenos concomitantes (desenvolvimento muscular mais poderoso, agressividade, maior intensidade da libido) estão, via de regra, ligados à masculinidade biológica, mas eles não são necessariamente assim, pois há espécies de animais em que estas qualidades são, ao contrário, atribuídas à fêmea. O terceiro significado, ou significado sociológico, recebe sua conotação da observação de indivíduos masculinos e femininos efetivamente existentes. Tal observação mostra que no

seres humanos, a masculinidade pura ou feminilidade não se pode encontrar nem num sentido psicológico nem num biológico. Todo indivíduo, ao contrário, revela uma mistura dos traços de caráter pertencentes a seu próprio sexo e ao sexo oposto, e mostra uma combinação de atividade e passividade, concordem ou não estes últimos traços de caráter com seus traços biológicos (FREUD, 1905, p. 226).

Esta extensa citação é proposital, pois já nos chama atenção para a não superposição - desde 1915 - de aspectos como atividade e passividade como sendo destinos do homem ou da mulher. O sentido de *masculino* e *feminino* é tomado por Freud justamente para definir a *pulsão* como ativa, mesmo que esteja em foco um objeto passivo. Veremos nos textos que seguem a discussão sobre a sexualidade feminina que Freud dedica grande esforço no entendimento dessa dualidade ativo/passivo em razão dos destinos de ser homem ou ser mulher, parecendo em alguns momentos tentar conciliar ativo com ser homem e passivo com ser mulher. Por outro lado, a noção de que todos os indivíduos combinam uma dose única entre masculinidade e feminilidade vai aos poucos ganhando espaço em seus textos mais longínquos. Por conta dessa oscilação em seus textos, é fundamental destacar a presente nota, pois mesmo que constitua uma breve e inicial consideração sobre o tema, nos serve de guia para as próximas leituras, além de ser fundamental na análise do caso clínico.

Quando Freud (1905) trata das pesquisas sexuais na infância, nos Três ensaios, afirma que a diferença entre os órgãos sexuais não desperta dúvida para as crianças, pois a exemplo do menino, seu órgão genital é atribuído à todas as pessoas que ele conhece. Desta análise, seguem-se dois temas fundamentais: *complexo de castração* e *inveja do pênis*. Neste ponto, nota-se que essa convicção no menino é mantida até que surjam as lutas internas propiciadas pelo complexo de castração.

Além disso, aqui, Freud assinala um importante rompimento com a ideia de uma determinação direta da anatomia na sexualidade ao afirmar que “Pouco adianta a uma criança que a ciência da biologia justifique seu preconceito e tenha sido obrigada a reconhecer o clitóris como um verdadeiro substituto do pênis” (Freud, 1905, p. 201).

Entende-se com essa afirmação, que mesmo havendo uma comprovação científica da similaridade entre o genital da menina e do menino, isso não será determinante na formulação das teorias sexuais infantis, pois estas indicam uma diferença *apoiada* na anatomia, que a transcende e a subverte.

Nesse sentido, em nota de rodapé acrescentada em 1920, Freud faz questão de frisar que há um complexo de castração também nas mulheres. Ou seja, as crianças de ambos os sexos formam a teoria de que tanto as mulheres quanto os homens tinham originalmente um pênis, que fora posteriormente removido pela castração. No entanto, soma-se a isso a posição de que, notando a diferença entre os sexos, as meninas “[...] são tomadas de inveja pelo pênis” (FREUD, 1905, p.201).

Com isso, podem-se objetar duas noções iniciais importantes: para Freud, o falo é imaginário, uma teoria sexual infantil. Por outro lado, ainda nestas formulações, percebe-se que, mesmo desviando a discussão da diferença entre os sexos do plano único da genitalidade e da biologia, Freud ainda atribuiu uma valoração diferenciada nesse percurso de descoberta infantil, onde na fantasia de ambos a menina ainda ficaria no ponto mais baixo dessa escala, já que poderá passar a vida com inveja dos meninos, pois eles têm o que ela não possui – o pênis como órgão.

Mais adiante, Freud trata das principais zonas erógenas em homens e mulheres e afirma que “a zona erógena principal nas meninas está localizada no clitóris e é assim homóloga à zona genital masculina da glândula do pênis” (FREUD, 1905, p.227). O caminho da menina para se tornar uma mulher diz respeito à excitabilidade de sua zona erógena, que pela via da excitação e da masturbação clitoridiana, ela vai julgar uma atividade homóloga em relação ao outro sexo. Esta similaridade, no entanto, não diz respeito a uma concordância entre os termos freudianos e biológicos descritos anteriormente – o clitóris como homólogo à glândula peniana. Freud está fazendo referência a uma relação entre zonas erógenas correspondentes às fases de organização pré-genital, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento até a *fase fálica*, no qual meninos e meninas reconhecem apenas o modelo do sexo masculino.

Têm-se até aqui algumas considerações que apesar de iniciais, parecem permear o posterior avanço teórico freudiano sobre a sexualidade feminina. De fato, há um primeiro rompimento com a determinação biológica, pois o caráter sexual pode ser entrelaçado por componentes tanto femininos como masculinos, e o termo *masculinidade* é empregado no sentido da atividade pulsional. No entanto, por que resta à menina uma *inveja do pênis*?

Sobre este aspecto pode-se antecipar uma análise de McDougall que, ao trazer à tona o fascínio e dificuldade de Freud em tratar da sexualidade nas mulheres, afirma que ele tomou como ponto de partida o saber construído acerca da sexualidade masculina

como se portasse em suas mãos uma espécie de “telescópio refrator” que o impelira a atribuir às meninas a noção de inveja. Além disso, para a autora, esse sentimento não seria restrito à jovem menina, mas pode ser pensado em relação aos meninos que “sofrem de sua própria forma característica de inveja do pênis, invariavelmente achando que seus pênis são pequenos demais em comparação com o de seus pais” (MCDOUGALL, 1997, p.4-5).

Ao dispor neste momento desses dessas duas noções problemáticas – inveja do pênis e complexo de castração – estamos longe de dar uma resposta definitiva em relação às possibilidades relacionadas ao desenvolvimento da menina e do menino no sentido de uma não naturalização no destino sexual de ambos. No entanto, a problematização desses termos, que revela o esforço essencial na presente pesquisa, parece deixar claro o cuidado que se deve tomar ao tratar desses pontos.

2.3. As investigações sexuais infantis

A discussão em pauta na obra freudiana pode ser encontrada, segundo Nunes (2000) desde o segundo – *A sexualidade infantil* - dos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), especialmente quando versa sobre *A investigação sexual infantil*, acrescentada em 1915, discutida na seção anterior. O próximo trabalho de Freud (1908) necessário ao desenvolvimento do tema é o intitulado *Sobre as teorias sexuais das crianças*, o qual para o editor James Strachey consiste em uma visão ampliada sobre *A investigação sexual infantil*, supracitado. Em seu início, Freud desenvolve uma argumentação fundamental:

Se pudéssemos despojar-nos de nossa existência corpórea e observar as coisas da terra com uma nova perspectiva, como seres puramente pensantes, de outro planeta por exemplo, talvez nada despertasse tanto a nossa atenção como o fato da existência de dois sexos entre os seres humanos, que, embora tão semelhantes em outros aspectos, assinalam suas diferenças com sinais externos muito óbvios. No entanto, não me parece que as crianças também tomem esse ponto fundamental como ponto de partida de suas pesquisas sobre os problemas sexuais. Como suas lembranças mais antigas já incluem um pai e uma mãe, aceitam a existência destes como uma realidade indiscutível [...] (FREUD, 1908, p. 215).

Mais adiante, Freud (1908) afirma que o que desperta tal curiosidade nas crianças seria derivado de sentimentos egoístas relacionados à chegada de um novo bebê na família, ou então ao nascimento desse novo ser em outros lares.

Sobre essa análise das pesquisas sexuais infantis, Laplanche (1988) demonstra que Freud varia bastante em suas ideias. Nesse momento, como vimos, o que inquietaria as crianças seria a chegada de um novo ser na família, ao passo que mais adiante em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*, Freud (1925) atribui essa primeira inquietação infantil, em alguns casos, à diferença dos sexos. Com isso, Laplanche (1988) defende a teoria de que o que está em primeiro plano como enigma fundamental *não* é a diferença masculino-feminino. Além disso, pode-se notar em Freud uma forma de “reconhecimento ‘pré-castrativo’ – ou ‘pré-edipiano’ – de uma *distinção* de gênero homem/mulher, pai/mãe”, onde a familiaridade as salvaguardaria de maiores questionamentos (LAPLANCHE, 1988, p. 25).

Em outros termos, deve-se destacar nessa citação que, Freud (1908) se remete a *dois sexos* e não ainda a *diferenças sexuais*, ou seja, o essencial nesse momento é mostrar que justamente por estar familiarizado com o fato de ter *um pai e uma mãe* que a criança não toma este fato como questão fundamental.

Por essa via, Freud (1908) afirma que a pergunta que a criança se faz diante desse acontecimento novo seria: “*De onde vêm os bebês?*” – indagação cuja forma original certamente era: ‘De onde veio esse bebê intrometido?’”. Dessa pergunta fundamental, surgem três teorias formuladas pelas crianças para uma tentativa de resposta (FREUD, 1908, p.216).

Na *primeira* delas, a criança acredita que todos, inclusive as mulheres, possuem pênis tal como o menino imagina a partir de seu corpo. A partir dessa crença, o menino ao se deparar com o corpo da menina, *rejeita* essa diferença com a afirmativa consoladora de que - segundo Freud: “O dela ainda é muito pequeno, mas vai aumentar quando ela crescer”. No que tange às meninas, também se pode notar um compartilhamento da ideia de que todos os seres seriam dotados de pênis, além disso, elas atribuem também alto valor a esta parte do corpo. No entanto, posteriormente a esse interesse pelo corpo do menino, notando sua diferença, por exemplo, em relação à postura diferenciada ao urinar, elas são tomadas pela *inveja do pênis* (FREUD, 1908, p.219).

A essa primeira crença, soma-se o problema do nascimento, por dois motivos: o pai refere que o bebê também é seu, embora tenha nascido do corpo da mãe; além disso, se meninos e meninas acreditam que todos os seres possuem pênis, como continuar em uma investida investigatória que levasse a reconhecer a existência da vagina? Dessa

ignorância da vagina aliada ao problema de como esse bebê é retirado do corpo, surge a *segunda* das teorias sexuais da criança, a saber – Freud (1908, p.222): “*O bebê precisa ser expelido como excremento, numa evacuação*”.

Já a *terceira* teoria, segundo Freud (1908, p.223) surge com o testemunho acidental de uma relação sexual entre os pais. Dessa cena, quaisquer detalhes notados levam sempre a uma mesma conclusão: “[...] uma *concepção sádica do coito*”. Com essa crença, a criança interpreta o ato como uma agressão e possivelmente não relaciona esse ato com o amor entre os pais no sentido de solucionar o problema dos bebês.

Esse conjunto de investigações infantis, via de regra realizadas por insatisfações aliadas às teorias contadas pelos pais sobre o nascimento dos bebês que cessariam qualquer reflexão – como a história da cegonha -, formam um sistema de opiniões reprimidas e inconscientes. Assim, como afirma Freud (1908, p.217), “Está [...] formado o complexo nuclear das neuroses”, que mais tarde será chamado de *complexo de Édipo*. Além disso, o *complexo de castração* é encontrado em sua primeira formulação, no trecho em que Freud (1908, p. 220) afirma:

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 surpreendem nesse ato e o intimidam com a ameaça de cortar-lhe o pênis. O efeito dessa ‘ameaça de castração’ é proporcional ao valor conferido ao órgão, sendo extraordinariamente profundo e persistente. As lendas e os mitos atestam o transtorno da vida emocional e todo horror ligado ao complexo de castração, complexo este 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 [...]

Tendo em vista o tema da castração, aliado às teorias sexuais infantis, é interessante fazer uma articulação proposta por Laplanche (1988) com o intuito de organizar melhor tais avanços na teoria freudiana. Este autor afirma que a primeira dessas teorias infantis apresenta uma ligação mais clara com a castração. Com isso, tem-se que os dois *gêneros* (e ainda não os dois *sexos*) “*são admitidos, mas sua distinção não passa pela diferença sexual*”. A distinção entre masculino e feminino só virá a ocorrer para Freud, quando entra em cena a puberdade. Mais ainda, deve-se observar que ela é dificilmente delimitável, uma concepção compósita e complexa que naturalmente envolve componentes biológicos, mas também um contexto sociológico e componentes psicosexuais. Com essas observações, Laplanche afirma então que essa

distinção é realizada pelas crianças em relação aos seus pais, mas não é realizada do ponto de vista da sexualidade, mesmo por que todos possuiriam um pênis. Dessa forma, o fato de ter um pênis, nada implica para ela na fase pré-castrativa numa distinção de gêneros (LAPLANCHE, 1988, p. 29).

2.4. Avanços sobre a sexualidade infantil em Freud (1923) a partir de *A organização genital infantil*

Segundo James Strachey, anos mais tarde, no texto intitulado *A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)*, Freud (1923) retoma em resumo algumas considerações realizadas nos *Três ensaios* (1905) - até a edição de 1922 - que dava ênfase a uma descrição diferencial entre a vida sexual infantil e a dos adultos. Retoma-se também as discussões sobre as organizações pré-genitais da libido e do início bifásico do desenvolvimento sexual. Finalmente, dá-se evidência às pesquisas sexuais infantis até a aproximação ao desfecho da sexualidade na infância, por volta dos cinco anos de idade.

Já a escolha de objeto é relacionada à fase puberal de desenvolvimento, o que já possuía um caminho realizado na infância, com a diferença de que a combinação das pulsões parciais e sua subordinação à primazia dos genitais só seriam efetuadas na vida adulta – primazia a serviço da reprodução. Nesse ponto, Freud (1923) se diz ainda não satisfeito. Ele analisa que há uma aproximação muito maior da vida infantil com a do adulto que não se limita à escolha de objeto. Deve-se, para tanto, valorizar o interesse nos genitais e em sua atividade, pois esse tema adquire uma significação dominante, mesmo não havendo uma combinação satisfatória entre as pulsões parciais e a genitalidade. Como afirma Freud:

Ao mesmo tempo, a característica principal dessa ‘organização genital infantil’ é sua diferença da organização genital 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, 1923, p. 180).

É fundamental buscar dar contorno a estas considerações freudianas, no sentido em que se pensa nas pesquisas infantis da fase fálica girando em volta da concepção de falo e não de uma distinção meramente anatômica. Chama atenção ainda a delicadeza

com que Freud interpreta a curiosidade infantil voltada para a diferença, que tem como ponto de partida apenas um órgão sexual, chegando a delimitar não uma primazia genital, mas do falo.

Mais adiante, Freud (1923) admite a dificuldade em ver como se daria tal visão no desenvolvimento realizado pela menina e volta-se novamente à análise de um menino para considerar que este não se preocupa com a diferença entre homens e mulheres, pois ele presume naturalmente que todos os seres possuem um órgão genital como o dele. Ele comporta uma vaga ideia de que esse pênis deveria ser maior e para tanto, inclina-se a novas pesquisas que o levam à descoberta de que o pênis não é uma possessão comum a todas as crianças.

No entanto, isso não se dá de forma rápida, pois num primeiro momento, entra em cena a rejeição de que haveria alguém sem esse apêndice, e que ele ainda iria crescer – ou seja, eles rejeitam o fato observado. Posteriormente chegam à conclusão de que o pênis estivera ali, mas fora retirado. A falta de um pênis passa a ser vista como resultado de uma castração e a criança se vê na tarefa de chegar a um acordo com a castração em si própria (FREUD, 1923).

Assim, Freud (1923) afirma que da convicção de que as mulheres não têm pênis, podem derivar: a depreciação e o horror a elas e a disposição ao homossexualismo. Mas, adverte que não se deve supor que a criança efetue uma rápida generalização a todas as mulheres, mesmo pelo fato de ser impossível a elas já que a castração – na crença infantil - seria direcionada apenas às pessoas desprezíveis do sexo feminino, ou seja, como resultado de uma punição. Além disso, soma-se a noção de que o órgão genital feminino jamais pode ser descoberto pelas crianças. Disto, deriva-se, por exemplo, a crença de que as crianças seriam geradas no intestino.

É interessante notar que Freud adiciona uma nota de rodapé - neste ponto de sua articulação teórica - que delinea melhor a noção de falo que entra em cena:

Aprendi com a análise de uma jovem esposa que não tinha pai, mas diversas tias, que ela se aferrava, até muito adiante no período de latência, à crença de que sua mãe e tias tinham um pênis. Uma dessas últimas, porém, era oligofrênica, e ela a via castrada, como ela própria se sentia ser (FREUD, 1923, p.183).

Esta nota chama atenção, pois se acrescenta à discussão uma crença infantil de uma menina - que chegava até a fase de latência – à pesquisa sexual infantil. Tal crença

se revela quase como um contraponto, pois a atribuição fálica pôde ser destinada às mulheres, no caso, à mãe e às tias.

Ao fim de suas considerações, Freud (1923) descreve os seguintes avanços no que diz respeito ao desenvolvimento sexual da criança: quando se trata da escolha objetual, há a antítese entre sujeito e objeto; no estágio da organização pré-genital sádico-anal, não existe ainda uma questão de masculino e feminino, mas a antítese entre ativo e passivo. No estágio seguinte existe masculinidade, mas ainda não há a feminilidade, pois a antítese – neste momento da teoria - permeia a ideia de possuir um órgão genital masculino e ser castrado. Na puberdade, a polaridade sexual enfim passa a coincidir com masculino e feminino, sendo que a masculinidade combina fatores como: sujeito, atividade e posse de pênis. Enquanto que a feminilidade encarna as noções de objeto e passividade. A vagina é agora valorizada como o lugar de abrigo do pênis e ingressa na herança do útero.

Nota-se que neste trabalho, tido como um acréscimo aos Três ensaios, Freud tenta corrigir a afirmação anterior de que a descoberta do prazer genital deveria ser atribuída à puberdade. Como novidade então, tem-se que desde a infância há um momento inicial de erogenização voltada aos genitais. Assim, nas palavras de Poli: “A genitalidade infantil opera sob a égide do falo, isto é, a teoria sexual que atribui um único genital, o masculino, para ambos os sexos”. Entra em cena a fantasia infantil acerca da posse do órgão fálico (POLI, 2007, p. 18-19).

De acordo com Lebrege, nesse momento da obra freudiana, pode-se observar uma importante mudança de perspectiva em relação à castração, pois se antes o complexo de castração era atribuído às ameaças sofridas pela criança, agora “é a própria ameaça de castração, a partir da percepção do afalicismo materno, que ressignifica as ameaças”. Assim, o conceito psicanalítico de falo começa a se descolar do órgão peniano, “ganhando o estatuto de representante psíquico da falta: perdas narcísicas ou insatisfações” (LEBREGO, 2008, p.75).

Nesse sentido, com a inclusão da fase fálica no desenvolvimento psicosssexual, Freud (1923) valoriza a realidade psíquica nas construções iniciais acerca da diferença sexual. Dito de outra maneira, o papel da fantasia não decorre de um destino anatômico, mas do suporte do corpo sexuado ao psíquico que gira em torno de um símbolo: o falo. Assim, como afirma Poli:

Além das representações pulsionais que recortam as zonas erógenas – e que vão sendo inscritas desde o início da vida –, a fase fálica situa a emergência psíquica de um suporte simbólico que, mais do que nomear, cria um novo objeto. Freud denomina esse período como correspondendo à “primazia do falo”. Ele consiste no reconhecimento de um valor (a virilidade) e sua atribuição àqueles que possuem uma determinada conformação anatômica (POLI, 2007, p.21).

Esse novo objeto – o falo – vai então fazer parte de um período que afeta tanto os meninos quanto às meninas, e se dá frente ao temor da castração. É certo que ambos os sexos terão posicionamentos diferenciados a partir disso, como já vimos, mas é fundamental notar que como pano de fundo destes desdobramentos está uma atribuição valorativa: a virilidade.

2.5. Um percurso diferente entre meninos e meninas

O próximo artigo de Freud (1924) que versa sobre as diferenças sexuais é intitulado *A dissolução do complexo de Édipo*. De acordo com o editor inglês James Strachey, este trabalho fora escrito como um desdobramento do texto *O Ego e o Id* (1923) e dá ênfase pela primeira vez ao diferente curso tomado no desenvolvimento da sexualidade em meninos e meninas. Este ponto ainda fora levado adiante em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925) – texto que será analisado mais adiante.

No texto de 1924, Freud chama atenção para a importância do complexo de Édipo como fenômeno central do desenvolvimento sexual da primeira infância. Nesse período, a menina adota uma postura de se considerar amada pelo pai enquanto o menino encara sua mãe como propriedade. No entanto, esse período inicial tem sua dissolução por diversos motivos, como a chegada de um novo bebê no seio da família ou então a ausência da satisfação esperada nessa relação edipiana. Deve-se observar no entanto, que ainda havia uma relação simétrica na teoria desenvolvimento sexual do menino e da menina, pois ambos se enamorariam pelo genitor do sexo oposto.

Para Freud (1924), o Édipo e a fase fálica são processos contemporâneos. Nessa fase, como vimos, o órgão genital é apenas o masculino, sendo que o feminino permaneceu irrevelado. Além disso, essa fase é superada para chegar ao *período de latência*. Mas como se dá essa passagem?

Freud (1924) deixa claro que o que ocasiona a destruição da organização fálica é a ameaça de castração realizada por uma figura materna, acompanhado do fato dela

atribuir a uma figura paterna o papel de castrador. Essa parte do corpo é tão valorizada que a ameaça toma efeito a partir da percepção dos órgãos genitais femininos. Deve-se destacar que, para Freud o complexo de Édipo ofereceu à criança duas possibilidades de castração: *ativa e passiva*.

Ela poderia colocar-se no lugar de seu pai, à maneira masculina, e ter relações com a mãe, como tinha o pai, caso em que cedo teria sentido o último como um estorvo, ou poderia querer assumir o lugar da mãe e ser amado pelo pai, caso em que a mãe se tornaria supérflua (FREUD, 1924, p.220).

A representação da criança de uma relação erótica parece insatisfatória, mas segundo Freud (1924), o pênis desempenha um papel importante, visto que até então, todos os seres possuíam esse órgão. A aceitação da possibilidade de castração se dá de forma concomitantemente com o reconhecimento de que as mulheres são castradas. Assim as duas maneiras de obter satisfação pelo complexo de Édipo têm como consequência a perda de seu pênis: a masculina como punição e a feminina como precondição. Surge daí um conflito entre o interesse narcísico nessa parte do corpo e o investimento libidinal em seus objetos parentais. Desse conflito, o Eu da criança volta as costas ao complexo de Édipo.

Esse afastamento se dá da seguinte forma - discutido no capítulo III de *O Eu e o Id* -, pois de acordo com Freud (1924, p.221): os investimentos objetais são abandonados e substituídos por identificações. A autoridade dos pais é introjetada formando o núcleo do *Supereu*, assumindo a proibição contra o incesto e contra o retorno desses investimentos libidinais edípianos. Estes, por sua vez, são em partes dessexualizados, sublimados, inibidos em seus objetivos e transformados em impulsos de afeição. Esse processo todo afasta o perigo da castração e dá início ao período de latência.

Mas o processo descrito se enquadra mais facilmente ao lado do menino, como afirma Freud (1924, p.222 - 223). Então, como seria no caso da menina? Freud admite uma certa dificuldade em adentrar nesse campo, mas segue adiante. Para ele, pode-se atribuir uma organização fálica e um complexo de castração às meninas, mas de forma diferenciada de como ocorre nos meninos. O clitóris da menina inicialmente ocupa a mesma posição do pênis, até que ao se deparar com o membro do menino em uma brincadeira ela percebe que “saiu-se mal” – ou como tradução literal, ela “saiu-se

pequena demais” -, tomando essa comparação como fundamento para inferioridade e injustiça para com ela.

Por algum motivo ela acredita que ele ainda vai crescer em seu corpo, ramificando o que Freud (1924) chama de *complexo de masculinidade*. Por outro lado, essa falta de pênis ainda não será percebida pela menina como uma característica sexual, mesmo porque ela acredita que as mulheres fálicas possuem um pênis também. O que ocorre é a crença de que elas perderam esse valioso membro pela via da castração. Assim, há uma diferença fundamental entre meninos e meninas: elas aceitam a castração como fato consumado, ao passo que o menino teme sua ocorrência.

Com isso surge um problema: se a menina não possui o temor pela castração, de que maneira se desenvolveria o seu Supereu e ocorreria a interrupção da organização genital infantil? Para Freud (1924), essas mudanças parecem ser resultado de uma ameaça de perda do amor. O Édipo na menina seria mais simples para Freud, pois em sua clínica ele raramente presenciou uma postura que fosse além da atitude de assumir o lugar da mãe e ser feminina para o pai. Assim, sua renúncia ao pênis teria como compensação o desejo de ter um filho desse pai. O complexo de Édipo é então gradativamente abandonado pela impossibilidade de realização desse feito. Haveria então dois desejos para a menina: possuir um pênis e um filho. O que permaneceria no inconsciente da pequena menina até a adoção de sua conduta de mulher. Dito de outra forma, a posição feminina não necessitaria de um abandono do desejo de possuir pênis, mas é preparada por esse desejo.

Acerca deste ponto – ainda sobre o falo – é interessante buscar um aporte no estudo de Freud (1927) - *Fetichismo* – no qual se descreve um perspicaz mecanismo psíquico que muito interessa ao poder servir de base, em psicanálise, para se questionar acerca do estatuto fálico do pênis no imaginário infantil.

Neste trabalho, o fetiche é descrito como o substituto do pênis, não qualquer um, mas exatamente o que fora tão importante na primeira infância e depois foi perdido. Assim, o fetiche preserva da extinção a crença da existência de um pênis materno. Nas palavras de Freud (1927, p.180): “[...] o fetiche é o substituto do pênis da mulher”. Isso se dá, como interpreta Freud (1927), pelo argumento lógico de que se um menino, por exemplo, percebesse a falta do pênis na mãe, poderia ele mesmo ter que reconhecer a possibilidade de ser castrado.

Para tanto, Freud (1927) lança mão do conceito de *rejeição*, pois a percepção da castração não deixa de existir, mas passa a conviver no psiquismo – obedecendo às características do processo primário – com a crença de que a mãe possui um falo. Resumidamente: ela tem e, ao mesmo tempo, não tem.

Este texto, para Kehl (2008, p.198), é fundamental para o acréscimo da noção de falo simbólico na teoria psicanalítica, pois: “O fetiche é o significante que vem obturar o lugar de uma falta percebida e recusada (isto é, denegada)”. Levando a fundo tais considerações, portar um pênis não é garantia de se ter o falo. Este é dependente de ser objeto do desejo materno para se constituir como tal.

Corroborando com esse ponto, o psicanalista Joel Birman (1999, p.11) em seu livro intitulado *Cartografias do feminino*, analisa o mesmo aspecto pela perspectiva masculina a partir da seguinte afirmação: “Acreditar-se portador de um poder de superioridade por ter o pênis como atributo do falo seria a crença maior da arrogância masculina em relação às mulheres”.

No texto freudiano em pauta, ainda podemos extrair algumas considerações quando, no fim de suas análises, exhibe pela sua clínica, os mecanismos bastante singulares da construção do fetiche. O que se observa neles é seu caráter sutil e bastante singular. Além disso, existe ainda um misto de afeição e hostilidade do indivíduo frente ao seu fetiche, pois, como vimos, ele revela uma dupla face: ao mesmo tempo em que protege contra o reconhecimento da castração, evidencia sua possibilidade (FREUD, 1927).

Assim, conclui Kehl (2008, p.199) a respeito do Fetichismo: “[...] o mistério da feminilidade não está *na* mulher [...], mas na própria natureza da operação psíquica que constitui o fetiche e organiza o desejo”. Com isso, para esta autora, deve-se atentar para a leitura do feminino em Freud na medida em que ele poderia não só estar falando da posição de analista, mas possivelmente identificado com o fetichista, por saber e ao mesmo tempo não querer saber sobre o enigma.

2.6. Um modelo não simétrico

De acordo com Mitchell (1988), há uma primeira mudança decisiva no estudo de Freud (1925) intitulado – *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* –, pois nesse texto haveria uma construção da teoria freudiana acerca da

sexualidade feminina sem tomar como modelo fundamental o desenvolvimento no menino.

Freud (1925) inicia seu estudo sobre as consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos, reconhecendo que ele havia se habituado a investigar o menino e que o desenvolvimento da diferença em relação às meninas não pudera ser claramente determinado ainda.

Até então, o Édipo no menino havia revelado um investimento libidinal direcionado à sua mãe, embora ainda não como objeto genital. A atitude edipiana dos meninos pertence à fase fálica e o temor da castração ocasiona sua destruição. No entanto, mesmo nos meninos, se considera claramente nesse texto uma orientação dupla, ativa e passiva - levando em consideração o avanço realizado por Freud (1905) desde os Três ensaios - ou seja, o menino também deseja tomar o lugar de sua mãe como objeto de amor de seu pai (FREUD, 1925).

Freud (1925) afirma que com relação à fase pré-edípica dos meninos, leva-se em consideração a identificação com o pai e uma atividade masturbatória vinculada aos órgãos genitais - que nesse início, aparece espontaneamente como atividade de um órgão corporal e só é posta em relação do Édipo em uma fase posterior. Já no que diz respeito às meninas, o Édipo levanta um problema a mais, pois a mãe é o objeto inicial de ambos os sexos, mas nela, a pré-história edípica suscita enunciados fundamentais, a saber: a intensidade e a duração da ligação pré-edipiana da menina.

No momento das descobertas sexuais da menina, a zona genital entra em cena, porém ainda sem algum conteúdo psíquico ou edípico ligado a ela. Ela percebe, além disso, o pênis de alguma outra criança do sexo masculino, identificando-o como superior ao seu próprio órgão imperceptível – Como afirma Freud: “Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo”. Dessa ocasião, caem vítimas da inveja do pênis, diferente do menino que não vê nada no corpo da menina ou rejeita essa diferença. Isto, no entanto, só toma valor a partir da ameaça de castração, que levaria a duas formas posteriores de relação dos meninos para com as meninas: horror à criatura mutilada ou desprezo triunfante por ela (FREUD, 1925, p.314).

Aqui, Freud (1925) acrescenta uma correção à sua ideia anterior sobre o despertar do interesse sexual das crianças, pois em passagens como a de 1915 dos *Três ensaios* (1905), *O pequeno Hans* (1909) e *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908),

o primeiro interesse sexual seria direcionado à dúvida de onde viriam os bebês, e não à questão da diferença sexual – esta que agora entra em primeiro plano.

Nas meninas incide o complexo de masculinidade - de maneira a se ramificar – que impõe grandes dificuldades ao desenvolvimento regular de sua feminilidade, pois ainda permaneceria assim a esperança de algum dia obter um pênis e tornar-se semelhante a um homem. Ainda haveria a possibilidade de ela rejeitar essa diferença, o que para Freud (1925), não é perigoso para a criança, mas na vida adulta poderia ser o começo de uma psicose na medida em que a menina, ao rejeitar o fato de ser castrada, teria a convicção de que realmente possui um pênis, passando a comportar-se como um homem.

Quando a inveja do pênis é absorvida na formação reativa do complexo de masculinidade, podem ocorrer algumas consequências que devem ser consideradas. A partir disso, uma mulher, após sentir tal evento como uma ferida ao seu narcisismo, pode desenvolver um sentimento de inferioridade. Quando ultrapassou sua primeira tentativa de lidar com a falta do pênis como uma punição e notou que essa era uma característica universal às mulheres, passou a partilhar do desprezo masculino contra esse sexo inferior, e nessa posição, busca ser como um homem. Em segundo lugar, mesmo abandonando o verdadeiro objeto na *inveja* do pênis, esta continua existindo na forma de *ciúme* (FREUD, 1925).

Uma terceira consequência da inveja do pênis pode ser vista no afastamento da menina em sua relação afetuosa com a mãe, pois esta seria a responsável por sua falta de pênis. Neste ponto, Freud faz uma consideração interessante:

A forma pela qual isso historicamente ocorre consiste, com freqüência, no fato de que a menina, logo após ter descoberto que seus órgãos genitais são insatisfatórios, começa a demonstrar ciúmes de outra criança, baseando-se em que sua mãe gosta mais dessa criança do que dela, o que serve de razão para ela abandonar sua ligação com sua mãe. Isso então terá efeito, se a criança que foi preferida pela mãe se tornar o primeiro objeto da fantasia de espancamento que termina em masturbação (FREUD, 1925, p.316).

Outro efeito da inveja do pênis, considerado o mais importante por Freud (1925) é o ato masturbatório como atividade essencialmente masculina, o que torna hesitante a realização do mesmo em mulheres, no clitóris, visto que a eliminação da atividade clitoridiana seria condição para o desenvolvimento da feminilidade. Freud afirma

que esse afastamento da masturbação nas meninas não se dá apenas em relação aos efeitos educacionais de seus encarregados, mas é contemporâneo aos primeiros sinais de inveja do pênis, sendo precursor da onda de repressão que passará a emergir na puberdade extinguindo grande quantidade da sexualidade masculina na menina para que enfim advenha sua feminilidade.

Nota-se que até aqui, no desenvolvimento descrito no texto, o Édipo ainda não desempenhou qualquer papel. Nesse momento, porém, a libido da menina muda de posição na linha pênis-criança e ela abandona seu desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho, passando então para o pai a posição de ser seu objeto de amor. Dessa forma, o complexo de castração a prepara e precede, surgindo a noção da grande diferença no menino e na menina em razão do Édipo e da castração, pois enquanto nos meninos o Édipo é desfeito pela castração, na menina a castração vem primeiro, depois sua entrada no Édipo. A contradição entre meninos e meninas se dá pelo fato de que “o complexo de castração sempre opera no sentido implícito em seu conteúdo: ele inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade” (FREUD, 1925, p.318-319).

Freud (1925, p.319) enfatiza que a diferença no desenvolvimento sexual entre os sexos nesse estágio é “uma consequência inteligível da distinção antômica entre seus órgãos genitais e da situação psíquica aí envolvida; corresponde à diferença entre uma castração que foi executada e outra que simplesmente foi ameaçada”.

Disso decorre que no menino o complexo de Édipo é desfeito pelo choque da castração ameaçada. Seus investimentos libidinais são dessexualizados e em parte sublimados e seus objetos formam o núcleo do Supereu. Ao passo que nas meninas, falta um motivo correspondente na demolição do complexo de Édipo. Este pode ser lentamente abandonado ou persistir durante a vida adulta das mulheres. Nesse sentido, o que é eticamente *normal* para os homens é diferente para as mulheres, já que seu Supereu nunca é tão implacável o que resultaria em comportamentos diferenciados e evidenciados por críticos de todas as épocas, como afirma Freud, ao se referirem às mulheres como possuindo menor senso de justiça e sendo menos submissas às grandes exigências da vida (FREUD, 1925).

Estas conclusões parciais de Freud acerca do *senso de justiça* e da formação do Supereu nas meninas é um problema que merece destaque em nossa pesquisa, pois será tratado adiante e nas discussões finais, o fato de Helena demonstrar um flagelo severo

consigo mesma ao ter seguido um Ideal do Eu não condizente com os *prescritos* à mulher na cultura ocidental.

Para Nunes (1995), em *Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* - Freud (1925) admite a problemática suscitada em busca de entender a sexualidade feminina a partir do menino e a grande novidade deste texto é o posicionamento da figura da mãe como primeiro objeto de amor também para as meninas.

Com a diferença sexual vinculada ao complexo de castração, Freud dará a ela o estatuto de uma construção psíquica. A partir desse momento, articula-se a hipótese de que ninguém nasce homem ou mulher psiquicamente falando, afastando-se em parte de uma concepção naturalizadora da mulher. Afirma então que tornar-se mulher é uma possibilidade dependente das relações intersubjetivas e da conseqüente trajetória que as pulsões sexuais vão tomar. Entretanto, como afirma Nunes:

[...] essas modificações não vão alterar alguns dos pressupostos básicos de suas teses anteriores sobre o desenvolvimento da sexualidade das mulheres. Ao contrário, elas vão se constituir em novos argumentos para justificar seu postulado do deslocamento do gozo do clitóris para a vagina. Ao mesmo tempo a questão da inveja do pênis fica melhor evidenciada e a menina mais claramente situada num registro faltoso, eternamente fixada numa demanda bebê-falo, que só um homem poderá satisfazer. Além disso, o sentimento de inferioridade da mulher e sua ferida narcísica ficam parecendo ainda mais insuperáveis (NUNES, 1995, p.15).

A respeito da necessidade de troca da zona erógena, a menina vai precisar abandonar também sua vinculação amorosa à mãe. Essa dupla troca só se dará com o rebaixamento dos impulsos ativos e ascensão dos impulsos passivos, que possibilitariam o acesso a uma “feminilidade verdadeira”. Há então três destinos possíveis a partir do confronto com a castração: a menina cresce insatisfeita com seu clitóris, abandona sua atividade fálica e com ela sua sexualidade de uma forma geral, podendo chegar à neurose ou à frigidez; aferra-se à sua masculinidade e mantém a esperança de ter um pênis, tornando-se viril e percorre um caminho próximo ao da homossexualidade e perversão, ou; toma o pai como objeto de amor e mais tarde transfere esse amor para o marido, modificando seu desejo por ter um pênis para o desejo em ter um filho. Dessa forma, ainda aqui, Freud continua associando feminilidade e maternidade (FREUD, 1925).

Acerca dessas formulações - de que a menina deve abandonar o clitóris, as atividades fálicas de conquista materna por decepção e inveja do pênis e assim aceitar a feminilidade para enfim adentrar no complexo de Édipo que lhe cabe – Kehl questiona:

[...] com que ganho? [...] Se uma mulher possui, inscritas em seu corpo, as duas modalidades de prazer, clitoridiano e vaginal, seriam a decepção e a inveja motivações suficientes para que ela recuse uma delas a favor da esperança longínqua de um dia obter o bebê/falo concedido pelo pai? (KEHL, 2008, p.206).

Tais construções freudianas parecem indicar que a saída normal para o problema do tornar-se mulher está vinculada ainda ao tornar-se mãe, o que Kehl (2008) considera ser um pressuposto normatizador e somente se sustentaria se a masculinidade estivesse toda do lado do pai e a feminilidade toda do lado da mãe. Além disso, tanto o pai pode admirar a atividade fálica de uma menina quanto as identificações pós-edípicas dela podem revelar um paradigma de feminilidade. Assim, deve-se relativizar o tornar-se mulher a partir dos *ideais de gênero* e das *soluções sexuais* - para tanto, discutir-se-á os Ideais-de-Eu em seu capítulo referente, para enfim se contornar o caso Helena.

2.7. O masoquismo seria essencialmente feminino?

Em se tratando de uma possível visão naturalizadora da mulher presente nos textos freudianos, é interessante levar em consideração a análise de Nunes (1995) voltada a uma suposta noção de um *masoquismo estritamente feminino*, buscando trabalhos como *O tabu da virgindade* (1918 [1917]), *Uma criança é espancada* (1919) e *O problema econômico do masoquismo* (1924). Pois para esta autora, apesar de Freud não afirmar que as mulheres são masoquistas, parece propor que elas são dotadas de uma espécie de *determinismo libidinal* para a passividade e o masoquismo. Para tanto, segue-se o caminho dos estudos sugeridos pela autora.

Em *O tabu da virgindade: contribuições à psicologia do amor III*, Freud (1918[1917]) analisa o alto valor dado em sociedades primitivas à virgindade e ao estado de intocabilidade da mulher no que tange à tradição da monogamia. Pode-se notar já no segundo parágrafo deste estudo um posicionamento que nos auxilia sobremaneira na discussão que nos propomos a realizar, pois se discute também as resistências impostas à mulher pela via das influências de seu meio e de sua educação que refreiam o seu amor.

Freud (1918[1917]) discute aqui em termos de proibição, comparando as imposições ao comportamento sexual impostas em mulheres, traçando algumas comparações com os homens. Afirma que para haver o casamento civilizado e se afastar da poligamia, seria necessário um grau de sujeição (que envolve uma disposição de um lado em estar amando e de fraqueza de caráter em contraponto a outra pessoa com um grau de egoísmo elevado) de uma das partes. Soma-se a isso o elevado grau de resistência em relação à sexualidade que deve ser vencido na vida adulta, o que segundo Freud, é bem mais visível nas mulheres que nos homens.

Nota-se uma relação bem direta ao contexto em que Freud apresenta este estudo, o que nos leva ler estes momentos iniciais do texto com atenção à repressão sexual. Freud indica com isso, que deve-se realizar uma análise que leve em conta os caracteres próprios da cultura como sobredeterminantes da sexualidade no homem e na mulher.

Seguindo os argumentos freudianos, examinam-se agora os caracteres relacionados ao tabu da virgindade e à vida sexual, em que Freud discute alguns determinantes biológicos e culturais ligados à sexualidade na mulher. Ele afirma que:

[...] quase pode-se dizer que a mulher inteira é tabu. A mulher não é unicamente tabu em situações especiais decorrentes de sua vida sexual, tais como a menstruação, a gravidez, o parto e o puerpério; além dessas situações, as relações sexuais com as mulheres estão sujeitas a restrições tão solenes e numerosas que temos muitas razões para duvidar da suposta liberdade sexual dos selvagens (FREUD, 1918[1917], p.183).

Freud (1918[1917]) ainda faz outras considerações importantes de serem analisadas como a inveja do pênis nas meninas. Nessa noção, descreve-se a perceptível inveja e hostilidade dirigida aos irmãos ou crianças do sexo masculino pelo fato de que elas se sentiriam em desvantagem devido à falta nelas do que os meninos possuem. Esta fase, na menina, é anterior e mais próxima do narcisismo original do que do amor de objeto.

O próximo texto importante à pesquisa é intitulado *Uma criança é espancada*, no qual Freud (1919) baseia-se em observações clínicas obtidas pela análise de quatro casos femininos e dois casos masculinos em busca de investigar as fantasias infantis de espancamento. De acordo com Freud (1919), os fatores libidinais que ligam-se a determinados complexos, são notados na infância, especialmente entre dois e cinco anos de vida.

Deste estudo, o ponto fundamental está presente no capítulo VI, quando Freud (1919) traz uma visão geral da fantasia de espancamento até então analisada em meninos e meninas. Esta pode ser dividida em três fases. Para entender melhor esse intrincado percurso de fantasia, citemos Freud:

[...] a primeira e a terceira fase são lembradas conscientemente, ao passo que a do meio permanece inconsciente. As duas fases conscientes parecem ser sádicas, enquanto que a segunda, inconsciente, é indubitavelmente de natureza masoquista; seu conteúdo consiste em ser a criança espancada pelo pai, e faz-se acompanhar de uma carga libidinal e de um sentimento de culpa. Na primeira e na terceira fantasia, a criança em que estão batendo é sempre alguém que não seja aquela que a imagina; na fase intermediária, é sempre a própria criança; na terceira fase, são quase sempre meninos que estão sendo espancados. A pessoa que bate é, a partir da primeira, o pai, substituído depois por alguém escolhido na categoria paternal. A fantasia inconsciente da fase média tinha primariamente um significado genital e evoluiu, por meio da repressão [recalque] e da regressão, de um desejo incestuoso de ser amada pelo pai (FREUD, 1919, p.210-211).

Em comparação à fantasia do menino, a fantasia de ser espancado - no caso dele, pela mãe - é por sua vez consciente. No entanto, ela deriva do conteúdo preliminar da fantasia de ser espancado não pela mãe, mas pelo pai. Assim, a fantasia de ser espancado pelo pai, ocupa o mesmo lugar da fantasia inconsciente – segunda fase - e correlata na menina, ao passo que a fantasia de ser espancada pela mãe, ocupa o mesmo posto da terceira fase na menina. O fundamental a ser destacado nessas fantasias, do menino e da menina, é que ambas, em relação ao complexo de Édipo, tem sua origem na ligação incestuosa com o pai: ser espancado também é uma fantasia de ser amado (FREUD, 1919).

Com esses breves comentários sobre estas fantasias, podemos analisar mais de perto alguns pontos fundamentais à presente discussão sobre uma suposta propensão feminina ao masoquismo. Freud, ao tratar do masoquista do sexo masculino, afirma que em suas fantasias, eles invariavelmente se transferem para o papel de uma mulher, ou seja, “a sua atitude masoquista coincide com uma atitude *feminina*” (FREUD, 1919, p.212).

Mais adiante, ao enumerar as demais similaridades e diferenças das fantasias de espancamento em ambos os sexos, Freud afirma que na menina a fantasia masoquista inconsciente - segunda fase - parte de uma atitude edipiana normal, ao passo que no

menino há uma atitude invertida, e o pai é tomado como objeto de amor. Passando para a terceira fase, consciente, a menina mantém a figura do pai que bate, mas nesse momento, quem é espancado é um menino e não ela própria. No caso do menino, o sexo que muda na terceira fase é o do agressor, ou seja, nesse momento é a mãe que bate, e ele continua na posição de ser agredido. Assim, o menino escapa do homossexualismo ao reprimir e remodelar sua fantasia; já a menina, “[...] escapa inteiramente às exigências do lado erótico de sua vida. Em fantasia, ela transforma-se em homem, sem se tornar ativa à maneira masculina”. Assim, conclui Freud, ela torna-se expectadora de uma cena que toma o lugar do ato sexual (FREUD, 1919, p.214).

Desses dois últimos parágrafos, pode-se pensar em uma possível associação entre a postura masoquista/passiva como bastante aproximada à mulher, pois assim é referida a fantasia do *masoquista masculino* quando se encontra na posição de ser objeto nessa fantasia de agressão. Além disso, no terceiro tempo da fantasia de espancamento na menina, Freud relaciona sua postura ativa, de não ser quem está apanhando, como uma característica *masculina*. Com isso, devemos invariavelmente pensar que a atividade está ligada ao homem e passividade está ligada à mulher? Estaria Freud sustentando uma visão naturalizadora da mulher? Além disso, quais exigências do lado erótico da vida da menina estão sendo referidos por Freud?

Ao relacionarmos tais fantasias com a cena primária, como analisa Kehl (2008), o pai que espanca é o mesmo que castra a mãe. Assim, da segunda fase dessa fantasia de espancamento, pode-se retirar a interpretação de que ser espancada e ser amada, para a criança, ocupam o mesmo lugar no psiquismo por meio de uma condensação. Ao mesmo tempo, nota-se que tanto as meninas como os meninos podem variar em seus lugares, no que diz respeito: a uma posição ativa – identificando-se com o pai que bate-; ou passiva – pela qual ambos passam na segunda etapa. Eis então uma grande contribuição de Kehl (2008, p.203) ao analisar, a partir de Freud, que o inconsciente: “é *sexual, mas não é sexuado*”. Nesse sentido, a sexuação – ou em termos mais freudianos, os destinos do sexual que de acordo com Chemama (1995) significa a maneira como o indivíduo se relaciona com seu sexo, a castração e as diferenças sexuais -, se dá pelo:

[...] recalque que inibe as disposições edípicas de amor pelos dois genitores, organizando o *eu* e a constituição dos objetos de desejo na medida em que promove, para a criança, tanto as identificações com o genitor do mesmo sexo quanto os desdobramentos simbólicos do falo,

aos quais ela deverá se dirigir tentando, ao longo da vida, reapoderar-se do que imagina ter perdido (KEHL, 2008, p.203).

Cerca de cinco anos mais tarde, no artigo intitulado *O problema econômico do masoquismo*, Freud (1924) faz algumas reconsiderações ao princípio do prazer de forma a relacionar com a pulsão de morte e as pulsões eróticas de vida (libidinais), chegando à conclusão de que haveria um princípio de Nirvana, que expressa a tendência à pulsão de morte – privilegiando a redução quantitativa da carga de estímulos; o princípio de prazer que representa uma transformação e reivindicação da libido que a torna co-participante dos processos de vida ao lado da pulsão de morte – com características qualitativas dessa redução de cargas; e o princípio da realidade, com a influência do mundo exterior – que adia o escoamento de estímulos acumulados, exigindo uma aceitação temporária de tensão. Além disso, admite agora de forma mais veemente a existência de um masoquismo originário e nos apresenta três formas: como contingência de excitação sexual, como expressão de supostos elementos essencialmente femininos e como norma ou regra de conduta. A segunda forma nos revela um interesse particular, que ultrapassa sua denominação. Vejamos então como ela é descrita.

Freud (1924) inicia sua análise afirmando conhecer tal forma a partir das fantasias de alguns homens, sendo o material clínico do qual dispunha no momento. Essa escuta clínica revelou uma fantasia de ser amordaçado, amarrado, maltratado, sujado e humilhado. Interpreta-se que o masoquista busca com isso, ser tratado como uma criança pequena, indefesa e dependente, e acima de tudo, como uma criança desobediente e má:

Quando se examina melhor algumas das fantasias masoquistas que receberam uma elaboração psíquica mais rica, constata-se, de maneira nítida, que a pessoa foi colocada em uma situação típica da condição feminina, ou seja, ser castrado, *ser objeto de coito* ou dar à luz. Por isso, apesar de tantos elementos apontarem para a vida infantil, chamei essa forma de manifestação do masoquismo de feminino (FREUD, 1924, p.108).

Nesta descrição, Freud, mesmo relacionando o masoquismo à figura infantil em um primeiro momento, atribui em seguida - e com maior ênfase - o estado infantil de passividade e a posição de objeto ao que ele chama de *condição feminina*. Este ponto deve ser analisado com bastante rigor, pois surge uma indagação central que somente será desenvolvida a partir de uma leitura mais ampla desse percurso freudiano. No

entanto, aqui, pode ser formulada da seguinte forma: Por que *ser objeto de coito* seria uma típica *condição feminina*? Espera-se ao menos que este termo escolhido por Freud faça referência aos determinantes culturais relacionados à mulher, ou melhor, a uma crítica a eles.

Mais adiante, ao tratar do masoquismo erógeno, faz-se uma afirmação interessante ao situar-lhe lado a lado com as fases evolutivas da libido. Assim, o medo de ser devorado pelo pai-totem proveria da organização oral primitiva e o desejo de ser surrado, da fase anal-sádica. O conteúdo das fantasias masoquistas de castração seria um precipitado resultante da fase fálica. E as situações características da feminilidade, seriam originárias da organização genital definitiva (FREUD, 1924).

Se lembrarmos que neste estudo, Freud (1924) deixa claro que a posição passiva não se liga naturalmente à mulher e que o “masoquismo feminino”, como ele descreve, pôde ser verificado a partir do relato clínico de seus pacientes do sexo masculino a partir de uma identificação com essa suposta posição passiva, por que então essa nomenclatura? Por que não chamar, como Freud mesmo pensou primeiramente, de “masoquismo infantil”?

Tais questionamentos são realizados também por Kehl (2008), que faz acréscimos fundamentais nessa análise. Ela ressalta haveria uma associação inconsciente entre a passividade e a fantasia sobre a feminilidade ao sofrer o coito, ser castrada – ato realizado pelo pai na cena primária - ou parir.

Seguindo adiante, Kehl acrescenta à discussão, os componentes do “masoquismo moral”: “O ponto em comum entre o masoquismo feminino e o masoquismo moral é o sofrimento do *eu*, sempre culpado, diante do sadismo do *superego*”. Da percepção da falta de pênis na menina, o menino acredita primeiramente que ele ainda irá crescer. No entanto, quando percebe o mesmo na mulher adulta, ele se vê de frente ao temor de também ser castrado. Dessa forma, continua a autora “[...] o menino se safá pensando que, se a mãe é castrada, é por que foi culpada, enquanto a menina mantém sempre a esperança de que, se for amada pelo pai, receberá o órgão do qual ele privou a mãe” (KEHL, 2008, p.200).

Assim, conclui Kehl que, a aproximação freudiana entre o feminino e o infantil se dá não somente pela equiparação de seus órgãos inferiores em relação ao pênis paterno, mas pela condição de culpadas e punidas pela sexualidade proibida (KEHL, 2008, p.200).

2.8. A sexualidade e o psíquico

Para Nunes (1995), a assimilação da atividade ao masculino e da passividade ao feminino é um ponto que sofre muitas alterações na obra freudiana. Como exemplo, pode-se notar que em 1905, nos *Três ensaios* ainda sem os acréscimos realizados posteriormente, ao mesmo tempo em que Freud diz que o ser humano é dotado de uma bissexualidade constitucional, que pode levá-lo a diferentes escolhas sexuais, ele também postula que as disposições masculinas já seriam facilmente reconhecidas na infância através da polaridade ativo versus passivo. Já em *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1908), Freud toma outro ponto de vista ao analisar que a repressão civilizatória incide principalmente nas mulheres, indicando que a passividade feminina não seria inata, mas produto de uma determinada moral sexual.

Nota-se que, nesse primeiro momento, Freud vai vincular essa associação ao desenvolvimento sexual da criança colocando atividade e passividade como precursoras da polaridade: masculino e feminino – o que fora alterado no mesmo estudo, nos *Três ensaios* (1905), porém, como vimos, com o acréscimo em nota de rodapé feito por Freud em 1915. Paralelamente, Freud vai relacionar essa polaridade com o complexo de Édipo e de castração o que coloca a escolha sexual relacionada diretamente à relação com os pais e aos processos identificatórios (NUNES, 1995).

No entanto, a partir de 1923 – em *A organização genital infantil* -, Freud realiza várias modificações nessas concepções. Aqui ele vai dar um passo adiante no valor dado à constituição psíquica, pois como muito bem analisa Kehl (2008), fica claro neste estudo que o psiquismo é sexual, e, além disso, que a sexualidade humana é toda perpassada pelo psíquico. É um passo que distancia um movimento anterior de entendimento no campo da biologia, pois esta, não faz parte do interesse da psicanálise no sentido de seu desvelamento.

Nunes (1995) afirma que em trabalhos como *Uma Criança é Espancada* (1919), *A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher* (1920), *O Ego e o Id* (1923), *O problema econômico do masoquismo* (1924), *Fetichismo* (1927), Freud parece questionar a vinculação entre a escolha de objeto e uma suposta determinação biológica. Portanto, tais estudos são fundamentais para sua reformulação teórica. Para melhor visualizar esse desenvolvimento, podemos retomar alguns trechos desses trabalhos, visto que grande parte já fora discutida acima.

Em *Uma criança é espancada*, por exemplo, é fundamental notar a importância dada por Freud (1919) ao papel da fantasia ligada às primeiras experiências infantis, tanto nos meninos como nas meninas, direcionadas essencialmente aos seus pais e a outras crianças. Aqui, também se evidencia a ruptura freudiana com o determinismo biológico presente em outras teorias de sua época, como a da bissexualidade inata e do protesto masculino de Alfred Adler. Freud, em um trecho de fundamental importância neste momento teórico, argumenta que:

A herança arcaica do homem forma o núcleo da mente inconsciente; e qualquer que seja a parte daquela herança que tenha de ser deixada para trás no avanço para as fases posteriores de desenvolvimento, porque não serve mais ou é incompatível com o que é novo, e lhe é prejudicial, surge uma vítima do processo de repressão [recalque]. Essa seleção é feita com mais êxito com um grupo de instintos [pulsões] do que com o outro. [...] o segundo grupo, o dos instintos sexuais [pulsões sexuais] é capaz de derrotar as intenções da repressão [recalque] e de forçar sua representação por formações substitutivas de natureza perturbadora. Por esse motivo, a sexualidade infantil, que é mantida sob repressão [recalque], atua como a principal força motivadora na formação de sintomas; e a parte essencial do seu conteúdo, o complexo de Édipo, é o complexo nuclear das neuroses (FREUD, 1919, p.252).

Além de criticar teorias sobre a sexualidade que em última análise buscavam uma definição pela anatomia, Freud já deixa claro o aporte exercido pelo mito do Édipo em suas análises. No entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido por Freud no que diz respeito às vicissitudes do Édipo na menina e no menino.

Em *A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher*, Freud (1920) analisa um caso clínico de amor exacerbado de uma jovem por outra mulher bem mais velha. Já no primeiro capítulo de seu texto ele faz algumas considerações fundamentais à sexualidade de uma forma geral quando afirma que características do sexo masculino e do sexo feminino podem coexistir em pessoas cujo objeto não sofreu alteração alguma.

No texto intitulado *o Eu e o Id*, Freud (1923) compara a reconstituição no Eu do objeto perdido no processo doloroso da melancolia com a formação do Eu de uma forma geral, pois em sua maior parte, é constituído por esse mesmo mecanismo de identificação. Segue-se o seguinte parágrafo no texto:

Inicialmente, na fase oral primitiva do indivíduo, não há como distinguir o investimento objetal da identificação. A decorrência lógica disso é que os investimentos de carga mais tarde depositados nos objetos partam todos do Id, o qual sente seus anseios eróticos como necessidades [...]. O Eu, ainda frágil, tomaria, então, conhecimento desses investimentos objetais, sendo obrigado a tolerá-los, ou adotaria, eventualmente, a postura de rechaçá-los por meio do processo de recalque (FREUD, 1923, p.40).

Destacando esse mecanismo bastante frequente nas fases de desenvolvimento precoce, Freud (1923) afirma que o caráter do Eu seria formado a partir de um precipitado desses investimentos recolhidos dos objetos dos quais se desistiu. Assim, o Eu contém a história das primeiras escolhas objetais posteriormente a ele identificadas. Deve-se destacar também, que as identificações do início da vida vão se generalizar e serão duradouras. Isso remonta à formação do Ideal do Eu, pois por trás dele, encontra-se a primeira e mais significativa identificação, com o pai da pré-história individual – em nota de rodapé, Freud faz uma consideração interessante, pois admite ser mais apropriado falar em termos de pai e mãe do que unicamente do pai, visto que antes do conhecimento seguro a respeito da diferença entre os sexos e da falta do pênis, um não é mais valorizado do que o outro.

Primeiramente, essa identificação não parece resultar de um investimento objetal, mas é uma identificação direta e imediata, anterior a qualquer investimento de objeto. Por outro lado, as primeiras escolhas objetais do primeiro período sexual voltadas ao pai e à mãe, desembocam nessa identificação primária (FREUD, 1923).

A respeito da formulação sobre o complexo de Édipo, Freud (1923) introduz dois novos elementos à sua análise: a triangulação da relação edipiana e a bissexualidade constitucional do indivíduo. Estes dois elementos colocam a disposição feminina ou masculina como vinculadas a identificações. Além disso, torna o Édipo um complexo duplo, negativo e positivo, pois a exemplo do menino, não há apenas uma ambivalência afetiva em relação ao pai e uma escolha carinhosa em relação à mãe, mas também um carinho destinado ao pai e uma hostilidade à mãe podem ser notadas.

2.9. Feminilidade como enigma: a concepção de Danièle Brun

A psicanalista Danièle Brun (1989) em seu livro intitulado *Figurações do feminino*, mais precisamente quando trata do enigma da feminilidade na obra de Freud - em seu penúltimo capítulo – toma em evidência logo de início o jogo entre inibição e

ousadia presente em Freud na conferência sobre a feminilidade em 1932, contraponto ao fato de que em todas as outras conferências - encontradas nas *Novas conferências introdutórias* – o tom é firme e as declarações, lúcidas.

Como introdução de suas considerações, Brun (1989) retoma as *Contribuições à psicologia do amor* de Freud (1910, 1912, 1918). Sobre estes textos freudianos, que tratam dos problemas inerentes à vida amorosa entre os sexos, Brun (1989) afirma que há uma ideia central, que apesar de marcar a leitura, não fora aprofundado, a saber: homens e mulheres se uniriam por medo da feminilidade. Por outro lado, a civilização minóico-micênica, com a qual Freud comparou o microcosmo formado pela mãe e sua filha bebê, só fora estudada anos mais tarde por ele, o que nos levaria a esperar pelos anos trinta para que se desse o passo decisivo de considerar a importância desse momento na vida da menina – como será tratado na *Sexualidade feminina* (FREUD,1931).

Essa descoberta se dará, no entanto, a custo de muito esforço, pois mesmo estando Freud inclinado a ocupar no lugar da mãe na transferência para desvelar tal ligação, confessa em vários momentos suas dificuldades para com esta posição. Além disso, os caminhos desconhecidos por Freud eram investigados com bastante cuidado, de forma a sempre buscar considerações já realizadas anteriormente. Como exemplo, em *Sexualidade feminina* (1931), Freud emite a hipótese de uma relação entre a fase de ligação com a mãe e a etiologia da histeria.

Brun (1989) afirma então que ao avançar na teoria, Freud sempre retoma seus estudos anteriores, o que tem como vantagem não deixar de lado os componentes sexuais no que tange ao enigma da feminilidade. A seguir, Brun comenta:

Em síntese, a feminilidade não poderia ser resumida pela preferência dada aos fins passivos, seja qual for a parte da sociedade na designação de papéis passivos às mulheres. Uma vez desembaraçadas de seus componentes sociológicos, coisa que Freud ainda não tinha se arriscado a fazer, a feminilidade pode ser apresentada como um enigma irreduzível (BRUN, 1989, p.100).

No entanto, Brun (1989) entende que Freud não inscreveu a feminilidade no número dos grandes enigmas da vida sexual que preocupam as crianças, justamente por ter tratado o tema como um conceito somente em seus últimos trabalhos. Assim, o conceito de feminilidade em Freud, somente parece rimar com maturidade, e por essa via, o enigma dos sexos e da fabricação dos bebês não é estrangeiro ao enigma da

feminilidade. O que é diferente, então, é apenas a maneira de gerir esses tormentos de acordo com a idade.

A autora nos lembra que em *Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância*, Freud (1910) analisa os diferentes elementos combinados no sorriso de Mona Lisa, que fora retratada por vários críticos fascinados pelo contraste e representação pela qual a pintura parece se referir à vida erótica das mulheres – reserva e sedução, ternura e sensualidade – que por vezes destrói os homens como se fossem seres estranhos. A ideia de representar a mulher por uma obra de arte, e não pela mulher de carne e osso, parece estar de acordo com as proposições de Freud. De fato, vemos que ela mesma participa da constituição do enigma da feminilidade, representando um enigma de encarnação. Continua Brun:

Também não se poderia fazer corresponder o enigma da mulher e o da feminilidade, pois não há adequação entre mulher e feminilidade. Por real que seja, por fascinante e bela que seja, a mulher de carne não é jamais senão uma representação aproximativa desta feminilidade que fascina os homens por sua estranheza. Mas, por intemporal que seja, a feminilidade não escapa à experiência do tempo, está intimamente ligada à representação da perda e da ausência. Por aí seu parentesco com o inconsciente (BRUN, 1989, p.103).

O enigma da feminilidade representa então uma dupla inadequação no que tange à sua representação, que estaria relacionada por um lado à forma e por outro lado à representação do tempo (BRUN, 1989).

Para seguir adiante na análise de Danièle Brun, é importante realizar uma releitura das obras freudianas indicadas por ela, como: *Sexualidade feminina* (1931), *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise* (1933 [1932]) – especialmente na conferência XXIII sobre *A feminilidade* e em *Análise terminável e interminável* (1937).

Depois de uma longa pausa em seus trabalhos sobre o tema da feminilidade, Freud (1931) retoma suas análises na *Sexualidade feminina*. Neste trabalho, há uma ampliação das concepções já trazidas no estudo de 1925 - *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* – principalmente no que diz respeito à intensidade e duração da ligação pré-edípica da menina com a mãe. Além disso, nota-se um caráter mais ativo na atitude da menina com a mãe e na feminilidade de uma forma geral. Vamos ao texto para elucidar tais evoluções de forma mais ampla.

Freud (1931) sugere que se pode com isso, ampliar o conteúdo do complexo de Édipo no sentido de incluir todas as relações das crianças com seus genitores, e, além disso, deve-se considerar que a mulher só atinge a situação edípica positiva depois de superado um período anterior governado pelo complexo negativo. Por isso, nessa fase, o pai também é visto para a menina como um rival, causador de problemas. No entanto, este mesmo pai pode ser colocado posteriormente no lugar de uma intensa dependência direcionada a ele, que seria também uma herança dessa ligação inicial da menina com a mãe.

Retoma-se a afirmação de uma bissexualidade constitucional, que seria mais clara na mulher com a justificativa de que o homem possui apenas uma zona sexual principal, ao passo que a mulher tem duas: a vagina - órgão sexual propriamente dito - e o clitóris - análogo ao órgão masculino. As principais ocorrências genitais da infância estão relacionadas ao clitóris, no entanto, a menina possui sua vida sexual dividida em duas fases: primeiramente, uma de caráter masculino e a segunda especificamente feminina - sem algum comparativo com a situação dos meninos (FREUD, 1931).

Conjuntamente à essa primeira grande diferença, há outra relacionada ao encontro com o objeto, pois no homem a mãe se torna o primeiro objeto de amor, por cuidar dele, a qual é posteriormente substituída por alguém que se assemelhe a ela. O primeiro objeto da menina também é a mãe, no entanto, ao final de seu desenvolvimento, alguém do sexo oposto - o pai - tornar-se-á seu novo objeto. Assim, a mudança de sexo do objeto corresponde à mudança de seu próprio sexo - do clitóris para a vagina (FREUD, 1931).

Freud (1931) retoma em seguida o que já havia sido considerado no texto de 1925, supracitado, acerca da possibilidade do complexo de castração, da internalização do agente paterno como núcleo do Supereu, e os desdobramentos disso. Isto para descrever um efeito inteiramente diferente na mulher face ao complexo de castração.

Tem-se então a análise de que ela reconhece sua castração de forma conjunta com sua própria inferioridade, no entanto, Freud (1931) adiciona a essa constatação a ideia de que ela se rebela contra esse estado de coisas indesejáveis. Dessa atitude dividida, Freud descreve três saídas possíveis de desenvolvimento: na primeira, assustada com a comparação aos meninos - superiores -, ela torna-se insatisfeita, abandona sua atividade e sua sexualidade de forma geral bem como boa parte de sua masculinidade; na segunda, aferra-se à sua masculinidade e espera, até bem tarde,

ganhar um pênis e ser como um homem – o que pode estar relacionado com uma escolha homossexual; e na terceira – descrita como atitude feminina normal final -, ela toma o pai como objeto, encontrando o caminho feminino do complexo de Édipo.

Posteriormente, Freud (1931) trata dos motivos relacionados ao afastamento da mãe, já que ela fora um objeto tão intensamente amado na situação pré-edípica. Em primeiro lugar, destaca-se o ciúme da menina pela mãe por motivo dela amar também a outros que não ela, a qual exige posse exclusiva como todas as crianças. Além da posse exclusiva, tem a característica de não ter objetivo, sendo incapaz de obter satisfação completa, o que gera desapontamento e cede lugar a uma atitude hostil. Outro motivo seria efeito do complexo de castração, pois a atividade masturbatória clitoridiana é propiciada por atividades corriqueiras de cuidado e higiene. Tal atividade, no entanto, é proibida justamente pela mãe ou substituto materno, o que gera ressentimento por ser também o ser que proíbe. Além disso, há o já descrito descontentamento da menina ao reconhecer a universalidade da condição anatômica das mulheres, ou seja, sua mãe, tal como ela, não tem pênis e, portanto, não foi capaz de lhe dar um.

Após sistematizar tais considerações, o texto segue em seu capítulo III da *Sexualidade feminina*, no qual, Freud (1931) questiona o que a menina exige da mãe e quais os objetivos sexuais durante a época de sua ligação exclusiva a ela. Ele afirma então que a resposta é exatamente o que se esperaria, a saber: os objetivos são ativos e passivos e determinados pelas fases libidinais pelas quais as crianças passam.

A relação entre atividade e passividade é, em seguida, tratada com especial interesse por Freud, ao afirmar que “em todo campo de experiência mental, não simplesmente no da sexualidade, quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a reproduzir uma reação ativa”. Dessa forma, tem-se um comparativo com a intensidade adquirida no desenvolvimento sexual em relação à intensidade com que a masculinidade e a feminilidade se apresentarão (FREUD, 1931, p.271).

Afirma Freud (1931) que as experiências iniciais da criança com a mãe, são naturalmente de caráter passivo – por ser amamentada, limpada, vestida e ensinada. Uma parte de sua libido continua nessa posição enquanto outra transforma-se em atividade. De forma prática, a experiência de ser amamentado dá lugar ao ato de sugar o seio. Quanto às outras experiências, a criança pode buscar se tornar auto-suficiente em suas atividades, ou repetir suas experiências passivas, sob forma ativa, ou ainda, transformar a mãe em objeto. Como exemplo de uma feminilidade ativa da menina se

apresenta de forma indireta ao brincar com uma boneca, o que ressalta ainda a forte ligação da menina com a mãe.

A atividade sexual das meninas para com suas mães se manifesta cronologicamente em inclinações orais, sádicas – desejos orais agressivos e sádicos, transformada pela repressão precoce em um temor de ser devorada por ela – e fálicas, pois Freud afirma que “é digno de nota que as meninas regularmente acusem as mães de seduzi-las”, o que pode estar relacionado a fortes sensações genitais ligadas aos cuidados e asseios. Além disso, pode haver impulsos intensos e ativos dirigidos à mãe, o que culmina com a masturbação clitoridiana. Como objetivo dessa atividade, observa-se uma dificuldade que só é em parte sanada com a chegada de um novo bebê, pois a menina deseja crer que ela deu à mãe um filho, tal como o menino (FREUD, 1931, p.273).

O afastamento da mãe constitui, além do que já se tratou até aqui, um momento extremamente importante no desenvolvimento de uma menina. Como já vimos, trata-se mais do que uma simples mudança de objeto e acrescenta-se agora que deve se observar um acentuado afrouxamento dos impulsos sexuais ativos e aumento dos passivos. As tendências ativas foram bastante afetadas pela frustração, mas as passivas também tiveram seus percalços. Essas últimas auxiliam à transição para o objeto paterno e à feminilidade, até onde foram superados os remanescentes da ligação pré-edípica com a mãe. Uma conclusão possível desse processo é descrita da seguinte forma por Freud:

Descobrimos em ação nessa fase as mesmas forças libidinais que na criança do sexo masculino, e pudemos convencer-nos de que, durante algum tempo, essas forças seguem o mesmo curso e têm o mesmo desfecho em ambos. [...] A psicanálise nos ensina a lidar com uma libido única, a qual, é verdade, possui objetivos (isto é, modalidades de satisfação) tanto ativos quanto passivos. Essa antítese e, acima de tudo, a existência de tendências libidinais com objetivos passivos, contém em si mesma o restante do nosso problema (FREUD, 1931, p.275-276).

Anos depois, no artigo de Freud (1937) intitulado *Análise terminável e interminável*, há uma retomada de algumas indagações fundamentais relacionadas à eficácia da análise, além de conter uma boa quantidade do ceticismo característico de Freud. A parte que no momento mais nos interessa está no capítulo VIII, que se refere a questões ligadas à diferença entre os sexos, apresentando dois temas importantes:

[...] um deles é tão característico dos homens quanto o outro o é das mulheres. Apesar da dessemelhança de seu conteúdo, há uma correspondência óbvia entre eles. Algo que ambos os sexos possuem em comum foi forçado, pela diferença entre eles, a formas diferentes de expressão (FREUD, 1937, p.284).

Os dois temas são, na mulher, a inveja do pênis – esforço positivo para possuir um órgão genital masculino - e no homem, a luta contra sua atitude passiva ou feminina para com outro homem. Já, o que é comum nos dois temas foi há muito distinguido nos estudos de Freud como uma atitude diante do complexo de castração, o que Alfred Adler chama de *protesto masculino* e em Freud, é traduzido por Strachey como *repúdio da feminilidade* (FREUD, 1937).

De acordo com Rachel Bowlby, há um sério problema da tradução realizada pela Standart Edition quando se utiliza do termo *repúdio ao feminino* em textos importantíssimos ao tema como na palestra *Sobre a feminilidade* (1933 [1932]) e em *Análise terminável e interminável* (1937). No primeiro, diz ela, “a palavra é *verwerfen*, que significa ‘lançar fora’ ou ‘descartar’. No ensaio da ‘Análise, ‘repúdio’ traduz a palavra *ablehnen*: ‘declinar, recusar, remover’” (BOWLBY, 1997, p.80).

Com essas novas possibilidades de tradução, Bowlby postula a necessidade de um maior cuidado de leitura, uma vez que existem grandes diferenças nos termos. *Repudiar*, por exemplo, toma a conotação de algo que já fez parte do agente do repúdio e por uma atitude não tão racional, mas afetiva, quer exilar a qualquer custo. Nas palavras da autora: “Existe a implicação de que aquilo que você repudia na verdade lhe pertence, fica atrás de você, por mais que tente livrar-se dele, para atormentá-lo” (BOWLBY, 1997, p.76).

Diferencia-se portanto do homônimo *refutar*, o qual exprime uma atividade de razão desapaixonada e indiferente. Continua a autora:

A palavra “repúdio” em inglês é uma importação direta do latim *repudium*, por sua vez cognata de *pudor*, que significa “vergonha”, donde a palavra em inglês *pudenda* (ainda em latim, eufemística). Literalmente, a *pudenda* [em português, partes pudendas] constitui simplesmente “as partes pelas quais se deve sentir vergonha” vem tomar o lugar de uma classe inteira [...]. São os órgãos genitais femininos, em sua falta, se em comparação com os do homem, que figuram como a suprema causa em Freud para o amesquinamento da feminilidade (BOWLBY, 1997, p.78).

Esta autora refere com isso que há um problema de tradução, como veremos a seguir, pelo fato de que o tradutor responsável para a língua inglesa James Strachey tenha sido pouco cuidadoso em seu trabalho, favorecendo um entendimento errôneo em língua inglesa e portuguesa acerca dos termos aos quais Freud se refere quando analisa a feminilidade. Com este problema da tradução, os leitores de psicanálise se veem novamente diante do problema de tomar conceitos fundamentais como o complexo de castração e feminilidade como supostamente vinculados a um essencialismo biologizante.

Além disso, uma das possibilidades de tradução de “*die Verwerfung*” [rejeição] é o de falha geológica”. Com isso, pode-se retornar à *Análise terminável e interminável*, quando Freud usa o termo “‘rocha viva’ biológica”, e supor que Freud estava expressando não um argumento biológico contra o feminino – além de parecer aproximar o feminino à passividade – mas deixando em aberto a possibilidade de avançar ainda mais em um terreno tortuoso, em uma *falha* ainda mais *básica* no terreno da castração e da feminilidade (BOWLBY, 1997, p.82).

Com esse problema de tradução trazido à tona, torna-se interessante a utilização do termo *recusa* no lugar de *repúdio*, no sentido de deixar claro a existência de um problema, ou seja, tendo a clareza que este impasse terminológico merece uma atenção maior em outros trabalhos

Para acrescentar um dado a mais nessa fundamental discussão realizado em *Análise terminável e interminável* (1937), deve-se evidenciar uma nota de rodapé adicionada pela Standart Edition, na qual se afirma essa *recusa* não direcionada à algum aspecto social da feminilidade ou à passividade de uma forma geral, mas sim voltada à angústia de castração.

Seguindo adiante, esse fator chamado de *recusa* da feminilidade – ou sendo bastante criterioso em nossas análises: *recusa da angústia de castração* - ocupa posições diversas em ambos os sexos. Nos homens, o esforço por ser masculino é completamente egossintônico desde o começo. A atitude passiva é energeticamente reprimida e sua presença é perceptível por uma atitude de supercompensação, uma vez que representaria uma aceitação da castração. Já no caso das mulheres, o esforço por ser masculino é egossintônico na fase fálica, antes que o desenvolvimento para a feminilidade já tenha se estabelecido. Posteriormente, no entanto, com a chegada do recalque, emerge a feminilidade. Como já tratado anteriormente, muita coisa entra em

jogo na definição de seu caráter, o que depende da quantidade de seu complexo de masculinidade em oposição ao recalque (FREUD, 1937).

Freud (1937, p.285) segue afirmando que normalmente, uma parte considerável do complexo se transforma e contribui para a construção de sua feminilidade. E ainda que: “[...] o desejo apaziguado de um pênis destina-se a ser convertido no desejo de um bebê e de um marido, que possui um pênis”.

Seguindo adiante pensamento freudiano, é necessário dar alguns passos atrás em termos cronológicos, o que na realidade não significa um retrocesso, mas um avanço, a partir do momento em que seus apontamentos acerca da feminilidade e da mulher em seu desenvolvimento sexual, parecem conter o maior distanciamento possível - em suas pesquisas – entre anatomia e feminilidade.

A conferência XXXIII de Freud (1933 [1932]) é baseada em artigos anteriores - e já tratada no presente percurso - como: *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925) e *Sexualidade feminina* (1931). No início de sua apresentação, Freud expressa sua grande dificuldade interna em tratar do assunto e afirma não haver, no entanto, muitas novidades aos psicanalistas familiarizados com seu material teórico, no entanto, deve-se acrescentar algumas notas fundamentais e de bastante abrangência.

Freud (1933 [1932]) continua seu argumento a respeito da dificuldade em estabelecer a distinção do que é ser homem ou mulher, ou melhor, o enigma da natureza da feminilidade. A ciência anatômica pode estabelecer diferenciações inatas no organismo, o que, no entanto, são apresentadas em psicanálise como características que apesar de influenciar o indivíduo, são inconstantes e possuem quantidades variáveis – características sexuais secundárias. Então, argumenta Freud:

E então se lhes pede familiarizar-se com a ideia de que a proporção em que masculino e feminino se misturam num indivíduo, está sujeita a flutuações muito amplas. De vez que, excetuando casos muitíssimo raros, apenas uma espécie de produto sexual – óvulos ou sêmem – está presente numa pessoa, os senhores, contudo, não poderão senão ter dúvidas quanto à importância decisiva desses elementos e devem concluir que aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia (FREUD, 1933 [1932], p.141).

Logo a diante, Freud (1933 [1932]) afirma ser falha a tentativa de fazer o comportamento masculino coincidir com a atividade e o feminino com a passividade, de

forma a se espelhar nas células biológicas relacionadas à reprodução – espermatozóide que caminha ativamente ao óvulo e este que espera imóvel e passivamente a sua chegada – pois o que não faltam são exemplos na vida de animais e dos próprios seres humanos de posições diferenciadas em razão da atividade e passividade.

Assim, as mulheres podem demonstrar grande atividade em vários sentidos e os homens não conseguiriam viver em companhia de seus iguais a menos que se desenvolvesse uma grande dose de adaptabilidade passiva. Freud ainda vai além quando afirma:

Se agora os senhores me disserem que esses fatos provam justamente que tanto homens como mulheres são bissexuais, no sentido psicológico, concluirei que decidiram, na sua mente, a fazer coincidir ‘ativo’ com ‘masculino’ e ‘passivo’ com ‘feminino’. Mas advirto-os de que não o façam. Parece-me que não serve a nenhum propósito útil e nada acrescenta aos nossos conhecimentos (FREUD, 1933 [1932], p.143).

Para tanto, Freud (1933 [1932]) argumenta que as características psicológicas da feminilidade podem ser caracteristicamente destinadas a fins passivos, o que, no entanto, não reduz a feminilidade à passividade. Pois, para que se chegue a um fim passivo, pode ser necessária uma grande quantidade de atividade, mesmo no caso em que uma mulher, baseando-se em sua participação na função sexual, prefira comportamentos de fins passivos, que possam ainda – tomando como modelo a sua atividade sexual - se estender à sua vida como um todo. Deve-se, contudo atentar para o fato de que “[...] as influências dos costumes sociais que, de forma semelhante, compelem as mulheres a uma situação passiva. Tudo isso ainda está muito longe de ser elucidado” (FREUD, 1933 [1932], p.143).

O que se segue na exposição freudiana a partir daqui já fora anteriormente tratado no presente estudo. No entanto, devemos seguir a recomendação implícita dada por Freud (1933 [1932]) ao estudo que as mulheres psicanalistas se inclinaram a realizar, por reconhecer as barreiras contidas no material clínico que envolve a relação transferencial com um homem – o próprio Freud. Ele afirma então que como o tema é a mulher, elas poderiam nos dizer algo a mais sobre isso.

Para concluir este ponto, no fim de sua exposição, Freud (1933 [1932]) argumenta que seu trabalho está fragmentado e incompleto e que se alguém deseja saber

mais a respeito da feminilidade, esse alguém deve indagar da própria vida, perguntar aos poetas, ou esperar que a ciência possa revelar novas contribuições.

Questões teóricas acerca da feminilidade

Realizado o caminho proposto anteriormente sobre os textos freudianos da sexualidade feminina, deve-se retomar a discussão a partir dos pós-freudianos. Inicialmente pode-se destacar que quando Freud (1933 [1932]) expõe sua conferência sobre a feminilidade, afirma a importante influência da repressão na organização da vida psíquica das meninas. Neste ponto, Brun (1989) afirma haver uma aproximação com a vida da criança de uma forma geral, ao trazer os efeitos da falsidade e culpabilidade dos adultos.

Brun (1989) analisa que nos *Três ensaios* (1905), afirma-se que pudor, repulsa e moral não estão presentes na criança, bem como na mulher inculta, que revela a mesma predisposição perversa polimorfa. Por outro lado, na conferência *Sobre a feminilidade*, para Freud (1933 [1932]), a constituição desta na mulher não se dá sem resistência à essa função. Com esses dois pontos, Brun questiona se (1989) tal analogia levaria a tomar a criança, reprimida em suas investidas sexuais, como uma mulherzinha?

Para esta autora, isto não resolveria o enigma da feminilidade, pois uma parte dele está situada na fase fálica, onde a diferença entre os sexos se apaga por detrás das concordâncias. Nesse ponto, a menina pequena é um homenzinho. No entanto, Freud (1933 [1932]) afirma que não é tarefa da psicanálise descrever o que é a mulher, mas examinar como ela se torna mulher. Talvez, tudo seria mais fácil se houvesse apenas um único sexo para uma única libido, mas o fato é que a diferença anatômica e seu correlato – a função sexual – não são facilmente negociáveis na vida psíquica (BRUN, 1989).

Quando Brun trata em seu livro acerca do título “Do enigma à recusa: um trajeto reparador”, ela afirma que os artigos freudianos dos anos trinta parecem ter sido escritos tendo como referência o método do “não é isto” (BRUN, 1989, p. 116).

Fala-se em método por fazer referência ao trabalho sobre *A negativa* de Freud (1925) no qual ele evidencia a negação como um mecanismo pelo qual uma ideia recalçada pode advir à consciência, desde que seja negado. Neste sentido, não há uma suspensão do recalque, pois somente um dos resultados dele é revertido – o que impede que o conteúdo alcance a consciência -, deixando o processo afetivo intacto, e, portanto,

ocorrendo apenas uma aceitação intelectual. Portanto, na negativa, o essencial do recalque permanece intocado. Sobre isso, Brun analisa:

De fato, por se situar na fronteira entre o dentro e o fora e por ocupar uma posição limite entre o anatômico e o psíquico, a feminilidade se presta melhor à aproximação do que ao enunciado de certezas. [...] Esta criação comporta uma parte de compromisso cujos efeitos são perceptíveis no estilo e na apresentação de argumentos, em primeiro lugar. Assim, a longo prazo, a independência parece factícia e a incoerência frutuosa, já que leva à descoberta de uma outra lógica que se revela ser a do inconsciente (BRUN, 1989, p. 117).

Tem-se aqui uma sugestão ao mesmo tempo perspicaz e sutil na maneira como Danièle Brun se dedica a leitura das interpretações freudianas a respeito da feminilidade, por traçar como pano de fundo, considerações psicanalíticas – como o mecanismo de funcionamento inconsciente – à leitura do próprio criador da psicanálise quando se aventura ao campo do feminino.

Para Brun (1989), Freud parece considerar todo discurso sobre a feminilidade como necessariamente incompleto, fragmentário e, além disso, nem sempre agradável aos ouvidos. As razões para tal rejeição também estariam relacionados ao tema da negativa, pois nas palavras de Freud:

Quanto à característica a ser atribuída ou não à coisa, diremos que, na etapa inicial do desenvolvimento, sua qualidade pode ser boa ou má, útil ou danosa. Exprimindo na linguagem mais antiga dos impulsos pulsionais orais: ‘Isto eu quero comer, isto eu quero expelir para longe de mim’, ou de forma mais abrangente: ‘Isto eu quero colocar dentro de mim e isto eu quero pôr para fora’, ou seja: ‘Deve estar dentro, ou fora de mim’ (FREUD, 1925, p.148).

Então Brun (1989) considera que a pesquisa sobre a feminilidade em Freud, por não levar em consideração o que é o ser mulher, mas como ela se torna mulher - a partir de suas disposições bissexuais enquanto criança -, não poderia fugir de uma definição marcada pela falta e pelo enigma. Isso se evidencia na conferência sobre a feminilidade e também em *Análise terminável e interminável* quando Freud (1937) analisa os temas da inveja do pênis na menina – aliada ao seu desejo de ter um pênis – e, no homem, a luta contra sua atitude passiva, como possuindo em comum a *recusa* à feminilidade.

Acerca destas observações, Brun (1989, p.132) afirma que o problema da feminilidade é, em última análise, o problema da feminilidade da mãe. Nesse sentido,

“[...] definir o caráter de uma mulher como a expressão consciente de uma contravontade que tem a mãe por objeto, estaria no espírito da coisa freudiana”. Assim, a hipótese inscreve-se nas proposições de 1931 – a fase de ligação à mãe, assim como a neurose pertencem às características da feminilidade - o que pode estar relacionado ao fato de que nenhuma das históricas que Freud tratou, apresentava uma relação satisfatória com a mãe. Continua Brun, na medida de um contraponto, analisando que:

Desde a análise do caso Dora, no entanto, tudo estava pronto para que se pudesse reconhecer, para além das queixas dirigidas à mãe, o amor que lhes servia de suporte. ‘O romance da mãe com frequência se torna o modelo do da filha’: é uma observação de Freud a Dora, como sabemos, mas cuja importância só se compreendeu em 1923 (BRUN, 1989, p. 133).

É, de fato, nos textos tardios de Freud que a feminilidade adquire a qualidade de enigma, posto no centro de uma pesquisa que envolve ao mesmo tempo o anatômico e o psíquico. Assim, em *Análise terminável e interminável*, Freud (1937) passa a considerar a recusa da feminilidade como um fator de resistência em análise de ambos os sexos. Situa-se então um ponto de vista econômico, não relativo apenas às mulheres.

Ainda sobre esse texto, nota-se que Freud se afasta do dualismo masculino/atividade e feminino/passividade, ao situar a existência de uma feminilidade como pertinente a homens e mulheres. Esta ideia começa a ser desenvolvida em 1933, na sua conferência sobre a feminilidade, quando ele a aborda como um enigma que diz respeito inclusive aos homens. Esta ideia vai atingir inclusive a teoria da libido que Freud descrevia como masculina, mas que a partir de 1937 afirma que não se deve atribuir-lhe nem um sexo. Mas é somente em *Análise terminável e interminável* que Freud (1937) dará um novo estatuto à ideia de feminilidade, situando-a como um conceito que recoloca a problemática da castração. Para ele, a experiência de castração vai ser nos dois sexos uma experiência com a própria feminilidade, o que coloca a recusa da feminilidade como um dos maiores obstáculos à cura psicanalítica, como a grande fonte de angústia durante todo o processo analítico. Como observa Nunes:

A sexualidade passa então a ser na teoria freudiana um conceito para além da diferença entre os sexos, mas cuja aceitação vai ser determinante para os indivíduos se situarem enquanto seres sexuados. Associando a feminilidade ao complexo de castração, Freud termina por dar a ela um estatuto universal, colocando-a no centro da

problemática de nossa cultura e conseqüentemente do processo de subjetivação de homens e mulheres. Ao mesmo tempo ele articula a feminilidade a alguma coisa da ordem do não significado e não assimilável ao registro fático. No entanto, não é mais possível, nessa perspectiva, fazer corresponder o enigma da feminilidade ao enigma da mulher, pois aqui não há adequação entre feminilidade e mulher. A mulher nada mais seria do que uma representação aproximada dessa feminilidade que fascina e atemoriza os homens por sua estranheza (NUNES, p.31, 1995).

Com isso, descola-se a feminilidade do processo de subjetivação concernente à mulher. O conceito de feminilidade passa a ser entendido como um registro psíquico oposto ao conceito de falo, articulando-se ao completo de castração.

Nesse sentido, Birman afirma que o falo está para as noções de totalidade, universalidade e domínio das coisas assim como a feminilidade se liga ao particular, ao relativo e ao não controle sobre as coisas. Assim: “A feminilidade é o correlato de uma postura heterogênea que marca a *diferença* de um sujeito em relação a qualquer outro” (BIRMAN, 1999, p.10).

Sob essa óptica, Birman (1999) afirma que a construção fálica imposta ao mundo subjetivo quando se encontra face a face com o desamparo humano, revela uma tentativa de camuflar a fragilidade do indivíduo. Por outro lado, essa fragilidade é tocada na experiência analítica pela modalidade da desfalicização. Então, ele propõe que se possa pensar a feminilidade como uma outra maneira de se referir à experiência de castração, visto que se escaparia às oposições entre ser/não ser e ter/não ter o falo. Afirma Birman:

[...] foi pela investigação dos impasses insuperáveis do erotismo feminino, concebido pela lógica fálica, que Freud concebeu a feminilidade como a forma de ser primordial da sexualidade, na qual o falo não regularia mais a produção do erotismo. [...] sem a ancoragem nas miragens da completude fálica e da onipotência narcísica, a fragilidade e a incompletude humanas são as formas primordiais de ser do sujeito (BIRMAN, 1999, p.53).

Desse modo, as construções teóricas sobre a feminilidade, escapam de uma relação pura e simples com a mulher e sua função, tomando um novo sentido que caminha na via da oposição à onipotência narcísica, revelando algo próprio da constituição humana: sua incompletude.

2.10. Feminilidade a partir de Kehl

Já discutimos a última parte do texto intitulado *Análise terminável ou interminável*, no qual, Freud (1937) considera sua dificuldade em lidar com os dois grandes obstáculos ao fim da análise: Nos homens, a dificuldade em lidar com o complexo de castração o levaria à luta incessante contra uma atitude passiva ou feminina para com outro homem; nas mulheres, a inveja do pênis – esforço positivo para possuir um órgão genital masculino.

Vimos também a dissimetria presente em Freud (1937) no que tange à comparação entre homens e mulheres: neles, a disposição masculina – disputando o falo com o analista – está de acordo com seus ideais de gênero. Nelas, a masculinidade está em sintonia com os ideais do Eu na fase fálica.

Kehl nos chama atenção para o que ela entende como um dos pontos mais contraditórios na teoria freudiana sobre a feminilidade, a saber: “A masculinidade nas mulheres deve, sim, ser recalcada para dar lugar à feminilidade”. Por outro lado, “a feminilidade só se sustenta na teoria freudiana enquanto estratégia para (re) conquista do falo”. A constituição da mulher como mulher feminina - atendendo também a ideais femininos do momento histórico em que Freud se debruça sobre o tema – depende de que uma quantidade necessária de masculinidade escape ao recalque e exerça influência sobre seu caráter. Com isso, a masculinidade – dependente na teoria freudiana da posse de uma das versões imaginárias do falo – continua sendo a grande aspiração de homens e mulheres. Como resultado na experiência analítica, enquanto para os homens exige-se uma feminilidade transitória por estarem seguros de que a castração não virá, para a mulher, a castração é tomada como ponto de partida e ela deverá abrir mão de uma suposta pretensão fálica (KEHL, 2008, p. 186).

Seguindo o manejo teórico de Kehl (2008), deve-se atentar para termos imaginário e simbólico em Freud – que não correspondem diretamente aos conceitos lacanianos de imaginário e simbólico - pois ele refere-se: ao simbólico como o campo da palavra; e, ao imaginário como o campo das imagens. A diferença está na representação freudiana do inconsciente como composto pelas representações de coisa. Nesse sentido, à dimensão simbólica em Freud – representação de palavra – deve-se incluir a tarefa de se ligar à dimensão imaginária para que as representações inconscientes venham à consciência. Continua Kehl:

Meu interesse [...] é chamar a atenção para uma certa indiscriminação, nos textos de Freud, entre a dimensão imaginária e a dimensão simbólica do falo – indiscriminação que produz um efeito muito particular no que diz respeito ao lugar da mulher nessa teoria, já que, portadora da evidência *imaginária* da falta, todos os desdobramentos posteriores dos efeitos da castração sobre o sujeito permanecem, no caso da mulher freudiana, atados à representação do corpo (KEHL, 2008, p.188).

A autora afirma que ainda assim, Freud – como se pode notar na parte introdutória do presente capítulo, desde 1925, em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* – estabelece uma distinção entre o simbolismo do falo e o objeto propriamente dito, na medida em que o desejo da menina de ter um pênis pode ser deslocado para outros objetos – como, por exemplo, o desejo de ter um bebê. Ainda neste ponto, mas no caso dos meninos, vê-se que o fato deles possuírem um pênis não os salvam de buscar uma superação da dimensão imaginária do falo. Kehl faz então uma análise que merece novamente o recurso da citação literal, dada a pertinência de suas observações:

Por que então, na teoria freudiana, as possibilidades fáticas para as mulheres permanecem atadas aos limites do corpo? Penso que esta limitação se deve ainda aos desdobramentos, no pensamento científico deste século, das crenças instituídas desde o final do século XVIII sobre a condição das mulheres como determinadas fundamentalmente por sua pertinência ao estado de natureza (KEHL, 2008, p.189).

Esta análise de Kehl nos permite localizar de forma bastante clara o problema do presente capítulo sobre a *visão naturalizadora da mulher*, justamente por desarticular um problema que é da ordem da fantasia com uma suposta determinação biológica acerca do sexo das mulheres. No entanto, estaríamos adentrando em um terreno sobremaneira tortuoso ao fazer valer as supostas determinações históricas que atravessam a atividade do autor – especialmente, neste caso, do inventor da psicanálise que é quem nos fornece o próprio fundamento que nos embasa -, justamente pelo distanciamento da presente pesquisa a este ponto. Tal ressalva, portanto, tem a função de revelar o terreno ao mesmo tempo fértil e instável deste estudo.

O que deve ainda ser considerado é que a diferença sexual, posta em termos do imaginário do falo e de suas consequências no plano simbólico, pode encontrar um grande problema na superação da inveja do pênis na menina quando posto ao lado das convalidações sociais de nosso universo simbólico. Kehl (2008, p. 189) postula essa

questão da seguinte maneira: “[...] como é possível abandonar as fantasias da masculinidade e identificar-se a um gênero que toda cultura aponta como inferior ao outro”?

Disso, é importante ressaltar o componente da castração como presente em todo sujeito, e por esta razão, o falo, como simbolizável a partir de qualquer objeto de valor cultural, o que, portanto, não diz respeito a ninguém por excelência, e pode então estar ao alcance de todos. Por outro lado, o pênis paterno é o órgão fático primeiro pelo fato de que a criança, a ver sua ausência na mãe, supõe que o pai possui o que lhe falta. A criança passa então a se deparar com falta sempre que se vê diante do falo (KEHL, 2008).

Assim, no menino, o fato de ter o pênis não lhe salva da castração, mesmo sendo importante na formação da dimensão imaginária do Eu. Tal dimensão está de acordo como narcisismo secundário, onde se organizam os ideais e as identificações. Já a menina, não representa a completa ausência fática, o que por outro lado - no que diz respeito à dimensão imaginária - significa que seu Eu fica marcado pela impressão de ausência corpórea. Sua saída dessa trama dependerá, enfim, de como ela se volta aos ideais e ao conjunto de identificações disponíveis (KEHL, 2008).

Para ir adiante neste ponto, é necessário retomar algumas considerações. Seguindo os passos de Kehl (2008), lembra-se que há, no desenvolvimento da menina, uma identificação com a mãe na situação pré-edípica. Posteriormente, no percurso edípico, a menina - e o menino também - vão da mãe ao pai, sendo que este caminho para a menina se dá por dois motivos: por se deparar com a castração materna, e por identificação com o pai, que é necessário para que ela se torne sujeito, mas não responde à pergunta sobre como se tornar uma mulher. Ela ainda vai precisar se voltar para a mãe, mas ser uma mulher possui como consequência, ter um corpo como o dela.

Para “ser uma mulher” a menina precisa se identificar com a mãe ou substituta, mas ao mesmo tempo precisa separar-se dela para completar seu percurso pelo Édipo e se inscrever na lei do pai. Assim, continua Kehl:

Ser mulher é, ao mesmo tempo, ser como a mãe e tentar ser *uma outra*, distinta desta que no inconsciente será sempre absoluta, dominadora, mortífera. À pergunta “o que é ser uma mulher” a menina precisa responder ainda uma outra: “que mulher sou eu?” - em um movimento de separação da mãe para o qual ela tem que contar com o falo simbólico, que espera que lhe venha do pai (KEHL, 2008, p.246).

Para a menina, a outra mulher que não a mulher primordial e interdita, surge como alternativa a esta última. Essa outra deverá lhe oferecer traços identificatórios, sem, no entanto, correr o risco de ser confundida com a menina. Neste sentido, a partir de uma análise criteriosa realizada por Kehl (2008) o que parece estar barrado para a mulher dos construtos freudianos, não está no nível dos destinos da libido ou de sua resolução pelo Édipo. O que parece estar interdito são as possibilidades identificatórias e os ideais de seu gênero que estariam mais relacionados a construções histórico-culturais repressivas, como se pode notar nos séculos XVIII, XIX e começo do século XX.

2.11. O feminino a partir do antagonismo entre a civilização e a vida pulsional

O artigo intitulado *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (FREUD, 1908) representa segundo o tradutor inglês James Strachey, uma das primeiras exposições acerca do antagonismo entre civilização e vida pulsional na obra freudiana. Nela, Freud nos situa sobre a discussão em seu tempo sobre um suposto aumento na incidência de doenças nervosas, que seria apressadamente atribuído a fatores unicamente repressivos sem levar em consideração os componentes etiológicos.

Trata-se, em outras palavras, de realizar uma distinção entre o que seria a sexualidade relacionada ao recalque, própria do desenvolvimento do indivíduo, e a repressão, que opera a partir de variações tangentes a cada cultura, pois para Freud (1908), a constituição da civilização opera de forma nociva sobre a supressão das pulsões, pois para viver em sociedade, o indivíduo renuncia a uma parte de seus atributos o que por sua vez, resulta no acervo comum de bens materiais e ideais. Assim, a subjetividade constituída a partir da recusa está relacionada com o modo de subjetivação psicopatológico, como postula a psicopatologia fundamental. No que diz respeito à moral sexual relacionada à mulher, pode-se citar Lebrege, que afirma:

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 desilusões do casamento, contraem graves neuroses [...] (LEBREGO, 2008, p.85).

O enlace deste escrito às proposições pertinentes sobre o que tange a mulher está justamente nas imposições culturais atribuídas a elas, relacionadas à sexualidade, às obrigações ao casamento, à monogamia, etc. Ou seja, à obediência a padrões de comportamento socialmente determinados.

Freud (1908), além de criticar o casamento, recrimina a educação destinada a elas, pois desde sua infância esta opera em nome da castidade sobrepujando suas funções eróticas e sua capacidade de amar. Essa inibição à sexualidade também estaria na via de impedimento à capacidade de pensar, ou seja, a partir de um imperativo adquirido pela cultura, e não por determinantes inatos.

Nunes (2000) afirma que nessas contribuições, Freud se contrapõe à uma suposta solução da *patologia feminina* pelo casamento, pois a partir dessas novas noções, o adoecimento fica situado ao lado da organização civilizatória moderna ocidental. Esta cultura estaria então operando, pela via da repressão, à capacidade da mulher em pensar e amar, restando a ela a patologia. Assim, a histeria seria um sintoma que denuncia a contradição entre o desejo feminino e sua estreita margem de realização.

De acordo com Birman (2001), Freud, em *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (1908) e *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]) revela uma relação importante entre maternidade e desejo no que diz respeito à condição feminina, pois quando ligada à maternidade, a mulher estaria a serviço da civilização, mas quando ligada ao desejo, ela seria anticivilizatória. Assim, a mulher pode tanto estar como catalisadora da ordem e operadora da desordem quando polarizada entre erotismo e maternidade, ou seja, na representação forjada pela modernidade, o erotismo seria sempre problemático à mulher.

Ainda em *moral sexual civilizada*, Freud (1908) analisa a questão da virgindade como um aspecto ligado ao direito de posse à mulher, constituindo a essência da monogamia. Além disso, essa *fidelidade* ao marido o deixaria numa posição de dívida e gratidão, sendo amo e senhor de uma mulher que pela via dessa abstinência, estaria em estado de sujeição ao homem, garantindo o contrato conjugal.

Passando agora para o capítulo III de *O mal-estar na civilização*, Freud critica a ideia de que a civilização “é em grande parte responsável por nossa desgraça e que seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas”. Freud considera espantoso tal argumento pelo fato de que mesmo aquilo

que se busca como proteção às ameaçadas de sofrimento, encontra como fonte parte dessa mesma civilização (FREUD, 1930 [1929], p.105).

Freud (1930 [1929]) afirma possivelmente reconhecer duas das últimas fontes de tal hostilidade à civilização. A penúltima delas diz respeito às viagens de descobrimento, que proporcionaram contatos entre um povo dito *civilizado* e um outro povo dito *primitivo*. Desse encontro, criaram-se visões equivocadas de que esses povos primitivos levariam uma vida mais simples e feliz por conta de uma generosidade da natureza e pela facilidade em realizar as principais necessidades humanas, o que para o povo europeu civilizado que ali estava era visto como inatingível. Já a última fonte está ligada ao conhecimento do mecanismo das neuroses. Com isso, ele afirma:

Descobriu-se que uma pessoa se torna neurótica por que não pode tolerar a frustração que a sociedade lhe impõe, a serviço de seus *ideais culturais*, inferindo-se disso que a abolição ou redução dessas exigências resultaria num retorno a possibilidade de felicidade (FREUD, 1930 [1929], p. 106).

De fato, as exigências impostas ao Eu formam um complexo jogo psíquico para o indivíduo. Não seria diferente então com os Ideais do Eu, por se acreditar na presente pesquisa como formadores essenciais do Supereu. Com isso, os *ideais culturais*, ou seja, os padrões oferecidos pela cultura devem ser considerados no presente estudo para que se possa entender um pouco mais do sofrimento presente em Helena, que como veremos, parece não seguir a risca o que está dado.

Retornando ao texto, no capítulo IV, Freud (1930 [1929]) afirma que para que o homem primitivo pudesse lidar melhor em sua sobrevivência, por conta das duras exigências da natureza, necessitou trabalhar com outros homens, e mesmo contra alguns deles. Esse outro homem tornou-se companheiro por ser útil para a convivência. Em épocas ainda anteriores, “em sua história simiesca”, adotara o hábito de formar famílias, das quais alguns membros também seriam auxiliares. Freud supõe que além deste motivo, a formação de famílias se deu pela necessidade de satisfação genital que passara a ser não repentina, mas constante:

Quando isso aconteceu, o macho adquiriu um novo motivo para conservar a fêmea junto de si, ou, em termos mais gerais, seus objetos sexuais, a seu lado, ao passo que a fêmea, não querendo separar-se de seus rebentos indefesos, viu-se obrigada, no interesse deles, a permanecer com o macho mais forte (Freud, 1930 [1929], p.119).

Em nota de rodapé, Freud acrescenta que tal modificação dos costumes se deu por conta de uma evolução na espécie humana, no qual a adoção da postura ereta fez com que a libido se deslocasse do estímulo olfativo mais primitivo para o estímulo visual. Uma característica fundamental dessa família primitiva é a dominação do pai em uma cultura totêmica, na qual, os filhos unidos descobriram ser mais fortes que esse pai de vontade arbitrária e irrestrita. De acordo com Freud a vida comunitária dos seres humanos teve como fundamento dois pontos essenciais a se destacar: “a *compulsão para o trabalho*, criada pela necessidade externa, e o *poder do amor*, que fez o homem relutar em privar-se de seu objeto sexual – a mulher – e a mulher, em privar-se daquela parte de si própria que dela fora separada – seu filho” (FREUD, 1930 [1929], p.121).

O reconhecimento do amor como condição para a civilização é um ponto que merece uma maior reflexão, especialmente no que diz respeito ao amor que funda a família. Este tipo de amor pode ser encontrado tanto em sua forma de não *inibição à finalidade* quanto ao tipo de amor inibido nesse fim. Sobre essas duas formas de amor, Freud afirma que:

O amor com uma finalidade inibida foi de fato, originalmente, amor plenamente sensual, e ainda o é no inconsciente do homem. Ambos – o amor plenamente sensual e o amor inibido em sua finalidade - estendem-se exteriormente à família e criam novos vínculos com pessoas anteriormente estranhas. O amor genital conduz à formação de novas famílias, e o amor inibido em sua finalidade, a ‘amizades’[...] (FREUD, 1930 [1929], p.123).

No entanto, como afirma Freud, no desenvolvimento da civilização o amor entra em conflito com a primeira, pois ele tanto pode se opor aos interesses da civilização quanto esta pode ameaçar o amor. Isso se dá, pois com os laços familiares estreitados a vida em sociedade pode ser deixada em segundo plano. Assim, separar-se da família torna-se uma tarefa árdua e a sociedade é repleta de exemplos de ritos voltados a esse descolamento, como rituais de puberdade e de iniciação. Outro exemplo de oposição à civilização, segundo Freud é a posição das mulheres:

As mulheres representam os interesses da família e da vida sexual. O trabalho de civilização tornou-se cada vez mais um assunto masculino, confrontando os homens com tarefas cada vez mais difíceis e compelindo-os a executarem sublimações instintivas [pulsionais] de que as mulheres *são pouco capazes* (FREUD, 1930 [1929], p.124).

Freud afirma ainda que o homem, por precisar dividir sua libido - que é limitada como em todos os seres humanos – em atividades culturais e atividades de trabalho com outros homens e na vida em sociedade, precisa extrair das mulheres e da vida sexual esse energia que lhe falta. Assim, “a mulher se descobre relegada a segundo plano pelas exigências de civilização e adota uma atitude hostil para com ela” (FREUD, 1930 [1929], p.124).

Em se tratando do *Mal-estar* (1930 [1929]), Nunes (2000) afirma que a mulher aparece como grande solapadora do pacto civilizatório, por duas razões: por estar ligada a características eróticas e sensuais, valorizando a família em detrimento da comunidade fora dela, e; pela hostilidade à civilização por motivo das poucas formas de realização que lhe restam naquela.

Deve-se observar a partir de Nunes (2000), que a crítica freudiana dirige-se à mulher da família burguesa, na qual a possibilidade de satisfação estaria restrita unicamente à relação com o marido e com os filhos, pois estando ela fora da vida social e do desenvolvimento intelectual, o que lhe restaria seriam apenas as satisfações pelo sexo e pela maternidade. Com isso, Freud passa a se preocupar pela primeira vez com o lugar que a mulher ocupa dentro desse modo de constituição familiar, pois essa rígida condição mãe/esposa parece produzir uma figura infantilizada, incestuosa e devoradora. Isto, por sua vez, produziria entraves às aquisições culturais e à produção de valores destinados à vida pública.

Com isso, Nunes (2000) afirma que não sobram muitas saídas para as mulheres na obra freudiana, pois se por um lado a sua posição refrearia o desenvolvimento da civilização, por outro, quaisquer atitudes contrárias a tais imposições parecem tomar o caráter de contra-senso, de inveja ou de postura masculina/homossexual. Então, para assumir sua feminilidade, a mulher deveria abrir mão de sua postura ativa, para ser castrada, masoquista e passiva? Diante dos excessos produzidos na histeria, a mulher deveria abdicar de seus desejos e se submeter à ordem *masculina*? Esse tipo de postura na mulher, protegeria os homens de seu horror e garantiria uma figura mais adequada aos ideais da burguesia?

Tais argumentos são necessários para situar a relevância dos ideais sociais construídos acerca das mulheres em sua constituição subjetiva. Pode-se retomar para tanto, a associação realizada por Nunes entre histeria feminina e rebeldia como uma

relutância dessas mulheres aos ideais culturais e padrões repressores impostos. O presente estudo, por sua vez, a partir do que nos diz Helena, parecem apontar para tais ideais como fonte de sofrimento no que tange à mulher infectada pelo vírus do HIV/Aids pois essa doença parece surgir na fantasia como punição ao *pecado* para uma mulher que não seguir à risca os padrões de mãe/esposa oferecidos.

3. O IDEAL DO EU

Para tentar dar contorno à realidade já apresentada sobre sofrimento relacionado ao ser portadora de HIV/Aids, especialmente no que diz respeito à Helena, torna-se então necessário ter como objetivo neste trabalho a fundamentação referente à obra freudiana no sentido de buscar uma construção do conceito de Ideal do Eu e sua diferenciação do conceito de Supereu, sendo o primeiro entendido como herdeiro do narcisismo primário, ou seja, herdeiro da ilusão infantil de onipotência e perfeição, e o segundo sendo herdeiro do complexo de Édipo, segundo tese da psicanalista Janine Chasseguet-Smirgel (1992) em seu livro intitulado *O ideal do Ego*.

Sabe-se que Freud estuda o Ideal do Eu de forma mais concisa em seu estudo sobre o *À guisa de introdução ao narcisismo* (1914), mas buscou-se aqui um caminho que pudesse envolver construtos prévios e formadores, até posteriormente quando Freud passa a referir-se à instância chamada de Supereu. Para dar conta dessa trajetória, faremos um breve percurso que envolverá, dentre outros, os seguintes estudos freudianos relacionados: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905); *Escritores criativos e devaneio* (1908 [1907]); *Romances familiares* (1909[1908]); *Rascunho H* (1895); *Rascunho k: As neuroses de defesa* (1896); *As neuropsicoses de defesa* (1896b); *Carta à Fliess 125* (1899); *O caso Schreber* (1911); *À guisa de introdução ao narcisismo* (1914); *Pulsões e Destinos da Pulsão* (1915, p.171); *Psicologia de Grupo de Análise do Ego* (1921); *O Eu e o Id* (1923) e; *O problema econômico do masoquismo* (1924).

3.1. O desejo infantil de ser grande e adulto

De acordo com os comentários do editor inglês James Strachey, o trabalho de Freud intitulado *Escritores criativos e devaneio* foi originalmente uma conferência realizada em 6 de agosto de 1907 nos salões do editor e livreiro de Viena chamado Hugo Heller. No entanto, sua versão completa foi publicada no início de 1908 em um

periódico literário de Berlim. O interesse fundamental deste estudo está no exame realizado por Freud sobre a fantasia, tomando como ponto de partida a produção literária.

Em sua publicação, Freud (1908 [1907]) inicia sua análise chamando atenção para a o trabalho criador do escritor, capaz de impressionar e despertar emoções. Indaga-se se seria possível a descoberta de como se daria essa atividade de criação a nível psíquico, delineando-se para tanto, um paralelo entre a atividade literária e o brincar infantil.

Freud (1908 [1907]) interpreta o brincar infantil como algo que a criança leva a sério e pode, assim como o escritor, moldar o mundo a uma nova forma que lhe agrade. Tendo isso em vista, a brincadeira não é antítese do que é sério, mas sim do que é real, e a criança a distingue da imaginação fazendo do brincar uma combinação entre ambas: imaginação e realidade.

O que interessa neste ponto é a conexão que se dá entre o brincar infantil e o devaneio adulto. O brincar da criança “(...) é determinado por desejos: de fato, por um único desejo – que auxilia seu desenvolvimento -, o desejo de ser grande e adulto” (FREUD, 1908 [1907], p.151).

Difere-se do adulto basicamente no fato de que se espera que ele não continue a brincar, mas que ele atue no mundo real. Além disso, alguns desejos adultos necessitam ser ocultos, visto a incompatibilidade com o mundo real. Dessa forma, suas fantasias o envergonham, por serem justamente infantis (FREUD, 1908 [1907]).

Chasseguet-Smirgel (1992) discute em seu livro intitulado *O Ideal do Ego*, que o desejo de ser grande constitui um dos componentes essenciais no Ideal do Eu das crianças em seu desenvolvimento, o que se dá em sua obra quando Freud aborda a relação do adulto com suas fantasias. Para tanto, deve-se fazer uma breve passagem anos adiante no estudo freudiano que de fato inaugura o conceito de Ideal do Eu que é *À guisa de introdução ao narcisismo* (1914), pois Freud afirma que “(...) o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal” (FREUD, 1914, p. 112).

Nesse sentido, é possível fazer uma relação ao que Freud afirma no texto sobre Escritores criativos e devaneios em relação ao desejo infantil de ser grande e ao desejo do adulto voltado para condutas infantis - ou melhor, para seu narcisismo primário -,

revelando um caráter de projeção ao Ideal do Eu pela tentativa de obturar uma ferida narcísica por meio da fantasia.

O desejo infantil de ser grande pode ser encontrado de forma ainda mais detalhada na obra de Freud quando ele escreve um ano depois o texto sobre os *Romances Familiares* (1909[1908]). Na parte inicial deste texto, Freud afirma que os pais representam autoridade única e fonte de todos os conhecimentos para a criança pequena. O desejo desta é o de igualar-se ao progenitor do mesmo sexo.

Posteriormente, a criança conhecerá outros pais que colocará em comparação aos seus em uma atitude crítica, chegando ao ponto de preferir certos aspectos de outros que não os seus genitores. Ou seja, a partir do desenvolvimento intelectual da criança, ela descobrirá gradualmente a categoria a qual seus pais pertencem, e os pequenos descontentamentos servirão como meios para críticas. Entra cena então um jogo de afetos em relação ao sentimento dos pais para consigo (FREUD, 1909[1908]).

O momento que se segue, raramente lembrado conscientemente - a não ser pela psicanálise e atividade imaginativa -, é chamado por Freud de romance familiar do neurótico e consiste basicamente no afastamento do neurótico de seus pais. Analisa Freud:

Essa atividade emerge inicialmente no brincar das crianças e depois, mais ou menos a partir do período anterior à puberdade, passa a ocupar-se das relações familiares. Um exemplo característico dessa atividade imaginativa está nos devaneios que se prolongam até muito depois da puberdade. Se examinarmos com cuidado esses devaneios, descobriremos que constituem uma realização de desejos e uma retificação da vida real. Têm dois objetivos principais: um erótico e um ambicioso (FREUD, 1909 [1908] p.244).

Com este trecho, vemos que o romance familiar da criança nasce de um amor frustrado da criança e de sua ambição, mesmo que, como afirma Freud, o objetivo erótico da ambição esteja comumente oculto (FREUD, 1909[1908]). Não é demais ressaltar a importância desses escritos quando relacionados ao percurso da criança em se tornar grande como seu pai, o que revela um indicativo da formulação a ser realizada mais tarde sobre os ideais e modelos que farão parte do Eu.

3.2. Auto-erotismo, narcisismo e amor de objeto

De acordo com a tese de Chasserguet-Smirgel (1992), o interesse em tratar-se destes estudos prévios à nomeação do conceito de Ideal do Eu em Freud reside na

proximidade com que se chega à sua construção, tomando os textos até aqui trabalhados como um projeto da criança em tornar-se adulta, precisamente como os pais – o pai do mesmo sexo -, sendo que a libido em causa será essencialmente homossexual. Além disso, pode-se notar o Ideal do Eu possuindo uma origem narcísica, tendendo a manter esse narcisismo original projetando-o no objeto. Ele nasce, porém de uma subversão do narcisismo primitivo e da impotência primordial do ser humano.

Pode-se notar essa construção teórica sobre o Ideal do Eu nos textos sobre a paranoia e especialmente no estudo sobre o caso Schreber, pois Freud parece construir uma íntima relação entre o sofrimento provocado pelo delírio e o estágio anterior à castração, uma vez que o que parece sobrevir é um sentimento de vergonha relacionado ao narcisismo. Vamos a estes desdobramentos.

Como afirma James Strachey, em se tratando dos estudos freudianos sobre a psicopatologia, Freud inicia relativamente cedo em sua obra os estudos sobre a paranoia. Seu primeiro estudo sobre o tema foi remetido à Fliess, no que é conhecido como o *Rascunho H* em 24 de janeiro de 1895, cerca de três meses antes da publicação dos *Estudos sobre a Histeria*.

No Rascunho H, Freud afirma que a paranoia é um modo patológico de defesa (diante de coisas que não se consegue tolerar), assim como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. Para tanto, Freud se utiliza de um breve caso clínico de uma moça jovem em uma cena de sedução e excitação entre ela e um hóspede de sua casa. As repercussões do caso evidenciam um jogo entre autocensura, primeiramente, e um julgamento vindo do exterior – de suas vizinhas. Com esse exemplo, Freud conclui – na passagem em que surge pela primeira vez o conceito de projeção - que “o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o Eu, projetando seu conteúdo no mundo externo” (FREUD, 1895, p. 286).

Cerca de um ano depois, Freud retoma o tema da paranoia em cartas à Fliess quando escreve o *Rascunho k* (1896) com o subtítulo de *As neuroses de defesa* no qual ele traça uma comparação em linhas gerais sobre as neuroses de defesa: histeria, neurose obsessiva e uma forma de paranoia – trabalho que vai ser ampliado pouco mais de um mês depois no artigo sobre *As neuropsicoses de defesa* (1896b). Nesta época, Freud estava empenhado no problema do estudo da etiologia diferencial das neuroses.

Pouco tempo depois, precisamente na carta 125 (1899) destinada à Fliess, existem termos que prenunciam considerações posteriores de Freud sobre a paranoia.

Tomando como fio condutor o estudo sobre o narcisismo, torna-se fundamental a apresentação do parágrafo a seguir:

O estrato sexual mais primitivo é o auto-erotismo, que age sem qualquer fim psicosexual e exige somente sensações locais de satisfação. Depois dele vem o aloerotismo (homo e heteroerotismo); mas certamente também continua a existir como corrente separada. A histeria (e sua variante, a neurose obsessiva) é aloerótica: sua principal trajetória é a identificação com a pessoa amada. A paranoia desfaz novamente a identificação; restabelece todas as figuras amadas na infância, que foram abandonadas (...), e reduz o próprio ego a figuras alheias. Assim, cheguei a considerar a paranoia como uma primeira expansão da corrente auto-erótica, como um retorno ao ponto fixo então prevalente (FREUD, 1899, p.377).

A relevância deste parágrafo reside na sugestão - cerca de 12 anos antes da publicação do estudo freudiano sobre Schereber - de que a paranoia acarreta um retorno a um auto-erotismo primitivo. Posteriormente nota-se um hiato em suas publicações sobre a paranoia, até que no ano de 1908, em cartas destinadas a Jung e Ferenczi, ele chega a sua generalização fundamental sobre o assunto, que é a vinculação entre paranoia e homossexualismo passivo reprimido.

Em seus estudos sobre a Paranoia, e a partir da análise de Schereber, é notória a exposição de temas que posteriormente serão trabalhados em seus artigos metapsicológicos, bem como as observações sobre o narcisismo cerca de três anos antes do artigo em 1914.

Ao dar início finalmente à análise freudiana do caso Schereber, deve-se salientar que esta somente se tornou possível por conta de seu relato autobiográfico contido em seu livro intitulado *Memórias de um doente dos nervos* publicado em 1903. Nela, Freud (1911) mostra como os sintomas psicóticos iniciais foram com o tempo se cristalizando em uma engenhosa estrutura delirante, passo que garante a Schereber alguma satisfação às exigências de sua vida cotidiana, no entanto, sem excluir algumas ideias de origem patológica que fazem parte de um sistema completo.

O delírio inicial de Schereber continha a ideia de que ele deveria se transformar numa mulher para poder realizar sua missão de redimir o mundo e restituir-lhe o estado de beatitude. Esta tarefa, segundo ele, lhe fora destinada por inspiração de Deus, pois seus nervos, em estado de excitação constante, poderiam exercer atração sobre Ele. Como afirma Freud, não se pode pensar que havia um desejo de se transformar em mulher por parte de Schereber, mas antes de tudo, havia uma obrigação presente na

“Ordem das Coisas” - aqui, Freud destaca o peso que fora para Schereber a ideia de abrir mão de sua masculinidade (FREUD, 1911).

Em seguida, na busca pela compreensão acerca das formações delirantes, Freud (1911) analisa um ponto importante na evolução da doença de Schereber: a transformação em mulher. Originalmente, Schereber pensava que sua emasculação se daria a serviço de abusos sexuais, diferentemente da conotação religiosa posterior. Ou seja, o delírio sexual de perseguição transforma-se em delírio religioso de grandeza.

Em relação a este ponto, Chasseguet-Smirgel (1992) discute que haveria neste estudo de Freud (1911) uma delimitação de aspectos importantes à formulação posterior de Ideal do Eu. Segundo a autora, toma-se primeiramente a incompatibilidade entre a feminização e o Ideal do Eu para um homem. Nota-se que quando o narcisismo está em causa, surge a vergonha como elemento marcante. Além disso, a fantasia de castração, tão perigosa para o Eu, torna-se aceitável quando o Ideal do Eu se põe ao seu lado. Isso parece mostrar que existiria um temor – em se tratando da psicose – mais fundamental que o da castração, que seria um golpe profundo de seu Eu em relação ao seu Ideal, significando uma grave perda do valor narcísico para o indivíduo.

Mais adiante em seu estudo sobre a paranoia no caso Schereber, – sobre o mecanismo da paranoia - Freud (1911) utiliza-se do termo Narcisismo para tratar do papel desempenhado por um desejo homossexual no desenvolvimento da paranoia, sendo definido como um “estádio do desenvolvimento da libido, entre o auto-erotismo e o amor objetal” (FREUD, 1911, p. 82).

Continua Freud:

Chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos [pulsões] sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso, sendo apenas subsequentemente que passa daí para a escolha de alguma outra forma que não ele mesmo como objeto. Essa fase equidistante entre o auto-erotismo e o amor objetal pode, talvez, ser indispensável normalmente; mas parece que muitas pessoas demoram-se por tempo inusitadamente longo nesse estado e que muitas de suas características são por elas transportadas para os estádios posteriores de seu desenvolvimento (FREUD, 1911, p. 83).

Neste ponto, deve-se observar, como afirma Chasseguet-Smirgel (1992), que o Narcisismo é concebido nesse texto como o investimento de um Eu já bem delimitado e separado do objeto. Além disso, nota-se a partir dessa trajetória da libido, a posterior

necessidade de reencontrar no outro as características do próprio Eu, o que conduz à próxima etapa que seria a escolha homossexual de objeto e somente depois a heterossexualidade. Nas palavras de Freud:

As pessoas que se tornam homossexuais manifestas mais tarde, nunca se emanciparam, pode-se presumir, da condição obrigatória de que o objeto de sua escolha deve possuir órgãos genitais como os seus; e, com relação a isso, as teorias sexuais infantis que atribuem o mesmo tipo de órgãos genitais a ambos os sexos exercem muita influência (FREUD, 1911, p.83).

No entanto, Freud (1911) afirma que mesmo depois de atravessado esse momento e chegado à escolha heterossexual, a escolha homossexual não é abandonada, mas ligada a partes íntimas do Eu, ajudando assim a formar as pulsões sociais – tem-se assim o fator erótico presente na amizade, na camaradagem e no amor à humanidade em geral. Neste ponto, segundo Oscar Miguez (2007, p.14), o que é fundamental na articulação entre a paranoia e a homossexualidade diz respeito ao papel do pai na constituição do psiquismo.

Para uma melhor aproximação com o conceito de Ideal do Eu, é interessante dar um passo adiante, precisamente na nota de número 71 do texto sobre *Pulsões e Destinos da Pulsão* quando Freud afirma que:

Por certo, o estado narcísico primordial não poderia seguir aquele desenvolvimento se cada ser vivo não passasse por um período de *desamparo* e de *cuidado*, durante o qual suas necessidades urgentes teriam sido satisfeitas por agentes externos, e com isso seu desenvolvimento teria sido barrado (FREUD, 1915, p.171).

De fato, a concepção freudiana sobre a prematuridade do ser humano é essencial à formulação de conceitos cruciais ao entendimento do desenvolvimento do indivíduo na primeira infância, o que leva em consideração a trajetória aqui fundamental que passa por auto-erotismo, narcisismo e amor de objeto.

Para adentrar ao principal estudo freudiano relacionado ao narcisismo – Freud (1914) em *Para introduzir o narcisismo* -, deve-se antes notar que o percurso até aqui traçado já dá indícios de particular um interesse de Freud acerca do tema, por haver bastante material que lhe faz alusão. Essa trajetória nos traz às proximidades com o narcisismo por ser essencial à compreensão do Ideal do Eu, pois Freud, como veremos adiante, faz do narcisismo não apenas um estágio particular do desenvolvimento

humano, mas um termo constante e essencial à evolução do Eu no jogo entre investimentos nele e nos objetos.

Além disso, torna-se necessário um retorno há cerca de nove anos atrás, pelos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, quando Freud trata sobre o *auto-erotismo* – conceito fundamental na discussão sobre o narcisismo:

(...) é claro que o comportamento de uma criança que se dedica a chupar o dedo é determinada pela busca de algum prazer que já foi experimentado e é agora lembrado. No caso mais simples, ela vai encontrar esta satisfação chupando ritmicamente alguma parte da pele ou membrana mucosa. É fácil também adivinhar as ocasiões em que a criança teve suas primeiras experiências do prazer, que agora luta por renovar. Foi a sua primeira e mais vital atividade, sugando o seio da mãe ou substitutos dele, que deve tê-la familiarizado com este prazer. Os lábios da criança, a nosso ver, comportam-se como uma zona erógena, e sem dúvida, o estímulo do morno fluxo do leite é a causa da sensação de prazer. A satisfação da zona erógena se associa, no primeiro caso, à satisfação da necessidade de nutrição. De início, a atividade sexual se liga a funções que atendem à função de autopreservação e não se torna independente delas senão mais tarde. (...) A necessidade de repetir a satisfação sexual desliga-se agora da necessidade de nutrir-se (FREUD, 1905, p. 186).

Este parágrafo acima citado revela a elaboração em Freud (1905) do conceito de “apoio” quando mostra que o estudo do ato de sugar infantil revela três características essenciais na manifestação sexual infantil ao se apoiar - em sua origem - a uma das funções somáticas vitais, por não possuir ainda objeto sexual – ou seja, sendo auto-erótica - e por fim, por ter o objetivo sexual dominado por uma zona erógena.

Seguindo a linha de raciocínio do trecho supra citado, voltamos com Freud a 1914, em à guisa de introdução ao narcisismo, no qual o termo narcisismo é originado da descrição clínica de comportamentos em que o indivíduo que trata o próprio corpo como normalmente trataria algum objeto sexual. Satisfazendo-se dessa maneira, o narcisismo passa a ter o sentido de uma perversão. No entanto, a partir da observação psicanalítica, a libido designada de narcisismo, abrange um campo maior do que os das perversões, indicando na verdade, um importante papel do desenvolvimento sexual do indivíduo. Em seguida, Freud se questiona a respeito do seguinte ponto:

(...) qual é a relação desse narcisismo, do qual estamos tratando agora, com o auto-erotismo, que descrevemos como um estado inicial da libido? (...) É uma questão necessária a de que uma unidade comparável ao Eu não esteja presente no indivíduo desde o início; o

Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo (FREUD, p. 99, 1914).

Há aqui um questionamento sobre a relação entre narcisismo e auto-erotismo, descrito como um estado inicial da libido. Para tanto, Freud nos diz que é necessário supor que ainda não exista uma unidade comparável ao Eu. Por outro lado, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início e é necessário que se acrescente uma nova ação psíquica ao auto-erotismo para que se constitua o narcisismo e portanto, o Eu.

Em seguida, ao perguntar-se por que diferenciar uma libido sexual de uma pulsão não sexual do Eu, Freud discute que o que está em jogo aqui não é a origem da pulsão, nem a distinção entre o sexual e o não-sexual, mas a libido, ou seja, o modo pelo qual o sexual se faz presente no psiquismo. Ambas dizem respeito à pulsão sexual, e podem ter como objeto o próprio eu ou um objeto exterior.

Originalmente, o Eu é objeto da libido a ponto de ser o grande reservatório de toda libido disponível: narcisismo primário. Posteriormente, o investimento libidinal passa a voltar-se aos objetos (representações-objeto) correspondendo a uma transformação da libido narcísica em libido objetal. A libido, no entanto, continua retida no eu, embora lance investimentos a objetos (como no caso do apaixonamento). No entanto, esse investimento retorna posteriormente ao Eu: narcisismo secundário (FREUD, 1914).

O que ocorre no auto-erotismo é o que Freud chama de prazer do órgão, ou seja, o prazer que o órgão tira dele mesmo. Não se trata de um corpo tomado como um todo, mas partes de um corpo ainda fragmentado, sem unidade, como analisa a seguir:

Ao repararmos na atitude de pais afetuosa para com seus filhos, seremos forçados a reconhecer que se trata de uma revivescência e de uma reprodução de seu próprio narcisismo, há muito abandonado. (...) Assim, eles se vêem compelidos a atribuir à criança todas as perfeições (...) e tendem a encobrir e esquecer todos os defeitos dela. Essa atitude se relaciona com a negação da sexualidade infantil. Mas também prevalece a tendência de dispensar a criança da obrigação de reconhecer e respeitar todas as aquisições culturais que outrora os pais foram obrigados a acatar em detrimento de seu próprio narcisismo. Também se inclinam a reivindicar para a criança o direito a privilégios aos quais eles, os pais, há muito tiveram de renunciar (FREUD, 1914, p.110).

Assim, o Eu que surge da confluência da imagem unificada que a criança faz de seu corpo e do narcisismo dos pais constitui o *Eu ideal*, correspondente ao narcisismo primário.

3.3. O conceito de Ideal do Eu

De acordo com Laplanche (1992), o termo Ideal do Eu é utilizado por grande parte dos psicanalistas sem que haja problemas no que diz respeito à diferenciação do conceito de Supereu, mesmo que Freud pareça tratá-los como sinônimos em alguns momentos. O que surge como problema entre os psicanalistas é direcionado geralmente à sua relação com o Supereu e com a consciência moral. Como exemplo disso, Laplanche cita dois autores com posicionamentos divergentes como Lagache e Nunberg.

Para o último, o Ideal do Eu é distinto de uma instância interditora, pois o Eu obedeceria ao Supereu por medo e ao Ideal do Eu por amor. Além disso, quanto à sua origem, este seria formado pela imagem dos objetos amados, enquanto o Supereu a partir dos temidos. Já para Lagache (1961 *apud* LAPLANCHE, 1992), há uma íntima ligação entre o ideal e a interdição. Pensa-se com isso em um sistema *Supereu - Ideal do Eu*, havendo uma relação estrutural na qual o Supereu diz respeito à autoridade e o Ideal do Eu à maneira de se portar para corresponder à expectativa dessa mesma autoridade.

Outro autor pós-freudiano que contribuiu para a leitura deste conceito foi Jacques Lacan, especialmente em seus *Escritos*, na *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura da personalidade"*, e no *Seminário I*. Lacan utilizando-se da metáfora do vaso invertido, analisa a existência de um narcisismo inicial relacionado à imagem corporal. Essa imagem constitui a unidade do sujeito a partir das inúmeras projeções realizadas de forma especular e pode ser chamado de "fonte imaginária do simbolismo" sendo aquilo por meio do que o simbolismo se liga ao sentimento que do ser humano em relação ao seu próprio corpo (LACAN, 1979, p.147).

A reflexão especular manifesta a possibilidade de um segundo narcisismo, pois seu padrão fundamental envolve a relação ao outro. Nas palavras de Lacan: "O outro tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa a imagem unitária tal como é percebida, seja no espelho, seja em toda realidade do semelhante". Em relação a esse segundo momento do narcisismo, Lacan afirma que a identificação

narcísica se dá em relação ao outro, permitindo ao homem situar sua relação imaginária e sua libido em relação ao mundo. Aqui o homem pode se situar em relação ao mundo: “O sujeito vê o seu ser numa reflexão em relação ao outro, isto é, em relação ao *Ich-ideal*” (LACAN, 1979, p.148).

Já nos Escritos de Lacan, quando este trata das Observações sobre o relatório de Daniel Lagache (1961), ele afirma parafraseá-lo na seguinte afirmativa: “na relação do sujeito com o outro da autoridade, o Ideal do Eu, seguindo a lei de agradar, leva o sujeito a se desagradar ao sabor da ordem; o Eu Ideal, com o risco de desagradar, só triunfa ao agradar a despeito da ordem”. Assim, o Ideal do Eu é tido como um modelo e o Eu Ideal como aspiração (LACAN, 1998, p.678).

Com essas disposições introdutórias sobre o conceito de Ideal do Eu, pode-se notar a dificuldade em se encontrar um consenso entre os autores pós-freudianos tanto no que diz respeito ao se tratar do Ideal do Eu como um estilo de linguagem para não se repetir a noção de Eu ideal, quanto no que diz respeito à maneira que o Ideal do Eu se articula no desenvolvimento sexual para a formação do indivíduo. Com esses termos em vista, torna-se mais que necessário retomar o percurso em Freud para que se possa reunir recursos suficientes de análise.

É na terceira parte da introdução ao narcisismo que se introduz o conceito de Ideal-do Eu e pode ser melhor notado em Freud nas novas traduções realizadas diretamente do alemão para o português:

O amor por si mesmo que já foi desfrutado pelo eu verdadeiro na infância dirige-se agora a esse Eu-ideal. O narcisismo surge descolado nesse novo Eu que é ideal e que, como o Eu infantil, se encontra agora de posse de toda a valiosa perfeição e completude. Como sempre no campo da libido, o ser humano mostra-se aqui incapaz de renunciar à satisfação já uma vez desfrutada. Ele não quer privar-se da perfeição e completude narcísicas de sua infância. Entretanto, não poderá manter-se sempre nesse estado, pois as admoestações próprias da educação, bem como o despertar de sua capacidade interna de ajuizar, irão perturbar tal intenção. Ele procurará recuperá-lo então na nova forma de um ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal (FREUD, 1914, p. 112]).

Há nesse ponto uma satisfação resultante da perfeição narcísica da infância. Inicialmente, portanto, o Eu ideal é o efeito de um discurso apaixonado dos pais, que abandona qualquer forma de consciência crítica e produz um modelo, uma imagem

idealizada. Sobre esse ponto, Miguelez (2007) acrescenta que o Eu Ideal surge do interesse narcisista dos pais pelos filhos. Com isso, se dará a condição necessária para a construção do Ideal do Eu, que por sua vez, é o fundamento para que o indivíduo possa ter laço com o social.

Deve-se observar ainda, como afirma Chasseguet-Smirgel (1992), que Freud tem em vista nesse momento a separação da perfeição inicial da criança e o despertar do julgamento crítico e não a evolução súbita do Eu, o que vai ser ligado ao Ideal do Eu com a consciência moral e particularmente com o recalçamento que proviria do respeito de si mesmo no Eu. Sobre isso, mais adiante Freud acrescenta:

Na verdade, foi a influência crítica dos pais que levou o doente a formar seu ideal-de-Eu, que lhe é transmitido pela voz e tutelado pela consciência moral; mais tarde somaram-se a esse ideal as influências dos educadores, dos professores, bem como de uma miríade incontável e infindável de todas as outras pessoas do meio (os outros, a opinião pública) (FREUD, 1914, p. 114).

Em relação a esse trecho, Freud (1914) traça uma linha comparativa entre ideal e sublimação sugerindo alguma relação. Para Freud, a sublimação seria um processo que ocorre na libido objetal, e consiste no direcionamento da pulsão para outra meta, ou seja, o desvio do que é sexual. Já a idealização consiste numa alteração no objeto, engrandecendo-o. Ela pode ocorrer nos campos da libido do Eu e da libido objetal.

Sobre a causação da neurose, Freud (1914) analisa uma grande diferença entre a formação do ideal e a sublimação. Na primeira, o nível das exigências do Eu é elevado, o que favorece o recalque. Já a sublimação, oferece uma saída para suprir tais exigências sem envolver o recalque.

Seguindo o texto, chegamos a um ponto fundamental para o entendimento do Ideal do Eu. É quando Freud afirma que “não seria de admirar se encontrássemos uma instância psíquica especial que, quando a partir do Ideal do Eu, se incumbisse da tarefa de zelar pela satisfação narcísica” o que para tanto seria correspondente a uma observação ininterrupta que tomaria como ponto de referência esse ideal - Freud utiliza-se dessa instância em combinação com o Ideal do Eu para posteriormente desenvolver o conceito de Supereu. Assim, grandes quantidades de libido essencialmente homossexual foram reunidas para que se pudesse formar o Ideal do Eu encontrando em atividades necessárias para a conservação desse ideal uma possibilidade de escoamento e de satisfação (FREUD, 1914, p.113).

Freud (1914) analisa que a formação da consciência moral é resultante primeiramente da *crítica parental* e posteriormente da *crítica social*, o que tem um processo similar ao surgimento do recalque, que também parte de críticas externas.

Chegando aqui, devemos ter uma reflexão acerca do que foi estudado por Freud nessa trajetória sobre o estudo do auto-erotismo, passando pelo narcisismo e chegando à escolha de objeto. Tendo em vista o desenvolvimento do Eu em um processo de desapego do narcisismo primário e a posterior tentativa vigorosa em encontrá-lo sobre um Ideal do Eu posto de fora, nota-se um ponto fundamental da leitura freudiana no que diz respeito à dicotomia: individual e o coletivo.

Antes de dar um passo adiante, devemos lembrar das proibições do totemismo – tratados por Freud (1913) em *Totem e Tabu* - que são o ponto de partida para a analogia freudiana entre o individual e o coletivo. As quatro regiões da vida cultural – política, direito, moral e religião – são a princípio uma só coisa, se diferenciando somente em um momento civilizatório posterior. Com isso, a concepção freudiana atribui uma origem comum às instituições sociais fundamentais e à estrutura básica do ser humano suprimindo assim a dicotomia entre o individual e o coletivo.

Esta relação será mais bem trabalhada anos mais tarde por Freud em *Psicologia de Grupo de Análise do Ego* (1921). No capítulo sete, sobre a identificação, Freud inicia o parágrafo com a afirmação de que o menino mostra interesse em se tornar como seu pai e tomar o seu lugar em tudo. Nota-se aí um sentido de ambivalência afetiva, pois se encontra identificado com o pai e liga-se à mãe por uma ligação de apoio - anaclítica. Assim, o menino nota que o pai se coloca em seu caminho em relação à sua mãe. Sua identificação assume um caráter hostil, com o desejo de substituí-lo também em relação à mãe.

A identificação do menino com seu pai comporta-se como um derivado da primeira fase da organização da libido, a fase oral, com o anseio pela ingestão, tal como o canibal que só devora quem gosta. Ou seja, nota-se a identificação como a forma mais primitiva de ligação com o objeto (FREUD, 1921).

O segundo tipo possível de identificação pode ser visualizado no exemplo em que uma menina desenvolve o mesmo sintoma penoso de sua mãe. Nesse caso, há um desejo hostil de tomar o lugar da mãe, ocasionando um sentimento de culpa que pode ser entendido da seguinte forma: se você queria ser sua mãe, agora você é, ao menos em relação aos seus sofrimentos. Por outro lado, o sintoma poderia ser o mesmo da pessoa

amada. Nesse caso, a identificação aparece no lugar da escolha de objeto, que regrediu para a identificação. O Eu assume as características do objeto (FREUD, 1921).

O terceiro caso estaria relacionado também à formação de sintomas, no entanto, a identificação deixa fora de consideração qualquer relação de objeto com a pessoa copiada. Essa forma de identificação é baseada na possibilidade ou desejo de colocar-se na mesma situação que outra pessoa. É o que possibilita a análise entre indivíduos que compõe uma massa, em razão de comunhão afetiva que envolve um laço tal como o que liga cada indivíduo ao chefe (FREUD, 1921).

Notadamente, o mecanismo da identificação está presente em outros casos, mas visto o interesse presente em se tratar da relação entre tais conceitos com o individual e o coletivo, o tema não será aprofundado nesse momento.

Seguindo adiante, chegamos ao capítulo oito intitulado: *Estar amando e hipnose*. Nele, Freud analisa, dentre outras questões, o fenômeno da supervalorização sexual no amor. O que ele afirma impressionar é:

[...] o fato de o objeto amado desfrutar de certa liberdade quanto à crítica, e o de todas as suas características serem mais altamente valorizadas do que as das pessoas que não são amadas, ou do que as próprias características dele numa ocasião em que não era amado (FREUD, 1921, p.142).

A tendência que falsifica tal julgamento, segundo Freud (1921), é a idealização. O estado de hipnose, por sua vez, revela aspectos concordantes com esse estado de amor, pois há uma sujeição ao objeto amado: o hipnotizador colocou-se no lugar do Ideal do Eu – com exclusão do elemento sexual. Por outro lado, a relação hipnótica isola, e uma comparação com o grupo, o comportamento do indivíduo em relação ao líder, distinguindo-se apenas por uma limitação de número.

Com essa discussão, Freud (1921) delinea uma forma de constituição libidinal dos grupos considerados até aqui em sua obra, ou seja, os grupos que têm um líder e não puderam, por meio de alguma organização, adquirir secundariamente as características de um indivíduo. Assim, Freud afirma que “um grupo primário desse tipo é um certo número de indivíduos que colocaram um só e mesmo objeto no lugar de seu Ideal do Eu e, conseqüentemente, se identificaram uns com os outros em seu ego” (FREUD, 1921, p.147).

Podemos visualizar esse aspecto grupal no capítulo dez do mesmo trabalho, intitulado *O grupo e a horda primeva*, no qual Freud (1921) relaciona as características coercitivas das formações grupais, presentes nos fenômenos da sugestão, com a origem da horda primeva – que é discutido em *Totem e tabu* (1913). Então, “O líder do grupo ainda é o temido pai primevo; o grupo ainda deseja ser governado pela força irrestrita e possui uma paixão extrema pela autoridade. (...) O pai primevo é o ideal do grupo, que dirige o ego no lugar do ideal do ego” (FREUD, 1921, p.161).

Anos mais tarde no estudo freudiano intitulado *O Eu e o Id* (1923) é possível notar a introdução do termo Supereu como equivalente ao Ideal do Eu, tal como argumenta ainda no texto sobre o narcisismo. Nesse momento, Freud se preocupa com a questão da identificação, sendo que os efeitos das primeiras identificações são gerais e duradouras, o que nos leva ao nascimento do Ideal do Eu, pois por trás desse ideal, há a identificação primária, anterior a todo investimento objetal.

Posteriormente haverá uma identificação secundária que provém do caráter triangular do Édipo e da bissexualidade. Inicialmente, em uma criança do sexo masculino como exemplo, há uma relação com a mãe calcada ao objeto que é o próprio seio materno – escolha por apoio. Por sua vez, diante do pai há uma identificação temporária que dá lugar a outro momento, o qual se inicia pela intensificação dos desejos sexuais com relação à mãe e da percepção do pai como obstáculo. A identificação paterna exhibe agora uma hostilidade pelo desejo de afastar o pai do caminho à mãe – ambivalência afetiva, o Édipo propriamente dito. No entanto, com o declínio do Édipo pode haver uma desistência do investimento do menino na mãe e uma identificação com ela, ou, por outro lado, pode haver uma identificação reforçada para com o pai.

Nota-se na leitura do estudo freudiano que a existência do complexo de Édipo em relação com a bissexualidade indica quatro tendências e uma dupla identificação, o que dificulta no processo edípico a diferenciação do que são, de fato, as escolhas objetais primitivas e a identificação:

Dessa forma, podemos supor que, como resultado mais comum dessa fase sexual regida pelo complexo de Édipo, encontraremos no Eu um precipitado que consiste do produto dessas duas identificações de alguma forma combinadas. Essa mudança que ocorre no Eu terá, dali em diante, um papel especial, apresentando-se frente ao outro conteúdo do Eu na forma de um Ideal-do-Eu ou de um Supra-Eu (FREUD, 1923, p.44).

No entanto, o Supereu não é apenas um reflexo dessas primeiras escolhas objetivas do Id, pois ele pode também representar uma formação reativa contra tais escolhas, o que resulta num embate, ainda no exemplo do menino, entre o ser como seu pai ou não ser como ele (FREUD, 1923).

Dirá Freud (1923) mais adiante, que o Ideal do Eu e o Supereu são representantes da nossa relação com nossos pais e correspondem a todas as expectativas em relação ao indivíduo. De fato, o Ideal do Eu entrou no lugar da nostalgia e anseio pelo pai, contendo o germe da religião e do juízo a respeito das próprias insuficiências pessoais. Quanto à moral, o papel de pai foi tomado por autoridades e professores, de forma que a presença destes irá manter-se na forma de consciência moral.

No próximo texto, em *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud volta a discutir o Supereu como detentor da função de exercer a consciência moral, sendo que o sentimento de culpa seria resultado de uma tensão entre o Eu e o Supereu. Como afirma Freud em seguida:

O Eu, diante da percepção de que ficou aquém das exigências postuladas pelo seu ideal – pelo Supra-Eu -, reagiria, então, com sentimentos de medo (medo da própria consciência pesada). Mas, como o Supra-Eu foi assumir esse papel tão exigente e por que o Eu necessariamente tem de se sentir tão temeroso diante de uma divergência frente ao seu ideal? (FREUD, 1924, p.112).

Sobre isso, Freud (1924) argumenta que o Eu tem a função de conciliar as exigências das três instâncias, acrescentando que o Supereu oferece ao Eu um modelo a seguir, pois aquele é um representante tanto do mundo externo quanto do mundo interno. O Supereu surgiu das primeiras moções libidinosas do Id direcionadas aos seus pais, que foram depois introjetadas no Eu. A partir daí, esse movimento libidinal direcionado aos pais sofreu uma dessexualização, fazendo com que o complexo de Édipo fosse enfim superado. No entanto, o Supereu conservou as características de autoridade e exercício do controle sobre o indivíduo. O Supereu pode então tornar-se duro e cruel contra o próprio Eu a quem, por outro lado, pretende zelar.

Ocorre ainda que, esse outro que exercita a autoridade para o indivíduo deixa de ser objeto de moções pulsionais e passa a atuar no Supereu como instância da consciência moral. Então, o poder desse outro, que carrega influências do passado e da

tradição, foi em outro momento fonte de grande sensação de realidade. Dessa forma, é por conta dessa coincidência que o Supereu, que Freud considera substituto do complexo de Édipo, “pode também se tornar representante do mundo real externo e, portanto, um modelo a ser seguido pelos esforços do Eu” (FREUD, 1923, p.113).

A partir deste percurso na obra freudiana, dá-se um passo fundamental ao entendimento do construto teórico que não é consenso entre os psicanalistas, a saber, o Ideal do Eu. No entanto, uma compreensão adequada do Ideal do Eu como esse modelo posto frente pelo indivíduo por nostalgia de seu Eu Ideal tido como aspiração é de suma importância à compreensão dos fenômenos presentes na escuta dos pacientes referidos no presente estudo, especialmente no que diz respeito ao imaginário cultural fornecido ao processo de subjetivação. No que tange à Helena, porta-voz de tantas outras mulheres que vivem com HIV/Aids, estaria em seus ideais culturais da sexualidade feminina uma das fontes de seu grande sofrimento por ser portadora dessa enfermidade?

3.4. Reflexões sobre a ordem repressiva

A partir do que foi visto até aqui, nota-se, como analisa muito bem Ceccarelli em *Sexualidade e preconceito* (2000), que para abordar o enigma do sexual, é necessário um pequeno desvio pela história da cultura ocidental. O interesse desta questão reside no fato que o Supereu 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. As figuras que formam o Supereu e os Ideais, como observa Freud (1924) em *O problema econômico do masoquismo*, guardam as influências do passado e da tradição que, outrora, foram sentidas intensamente. Antes mesmo, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) observa que o impulso ao recalque deve-se às exigências dos ideais estéticos e morais, que são fixados pela hereditariedade. Ou seja, a ontogênese reatualiza o capital filogenético dos Ideais que foram estabelecidos como herança da cultura tal como postulada em *Totem e Tabu*.

O interesse pela cultura reside, como afirma Miguelez, no fato de que: “Os ideais, os valores que cada cultura sustenta, oferecem a seus participantes um caminho de satisfação, o qual opera como compensação frente à renúncia e à coibição indissociáveis da própria construção social” (MIGUELEZ, 2007, p.43).

Deve-se notar também que a literatura freudiana relaciona a ordem repressiva como contemporânea à própria constituição da civilização. Portanto, esta é justamente formada a partir da frustração e necessidade de adiamento daquilo que é imposto pelo princípio do prazer como satisfação total e imediata, surgindo assim o princípio de realidade. Nesse ponto, pode-se citar Marcuse ao afirmar que: “O Eros incontrolado é tão funesto quanto a sua réplica fatal, o instinto de morte” (MARCUSE, 1968, p.33).

A respeito destes construtos é interessante retomar a importante contribuição da teoria psicanalítica desde o século XIX a partir de Ceccarelli (2000), pois a partir dela pode-se pensar que mesmo a anatomia é atravessada por elementos psíquicos, a exemplo dos sintomas na histeria. O problema da diversidade e da distinção sexual também obedece a esses termos quando se encontra relacionado a duas modalidades de identificação, sendo que a primeira – identidade de gênero - se estabelece bem cedo, antes mesmo do complexo de castração, no qual a criança se *sente* menino ou menina. Já a segunda, refere-se à *masculidade* e à *feminilidade*, resultante de investimentos objetais e identificações em um corpo marcado pela dimensão fantasmática.

Para Ceccarelli em *A nova ordem repressiva*, “A necessidade de verdades, disfarçadas em regras de conduta que podem levar a uma forma de controle, parece ter nos acompanhado desde os primórdios da humanidade” (CECCARELLI, 2010, p. 740).

Nesse sentido, pode-se remontar a Freud (1908) em *Moral sexual civilizada*, na qual se discute a supressão parcial das pulsões como necessária ao surgimento e manutenção da civilização. Assim, a regulação dos costumes e prazeres, como mesmo se pode notar em estudos sociológicos e antropológicos, são fundamentais à manutenção da relação entre os indivíduos em sociedade. Nessa via de argumentação, Marcuse (1968) no prefácio político escrito para seu livro intitulado *Eros e civilização*, discute que em uma sociedade em que o povo é considerado livre, não faz sentido falar em libertação. Assim, como se pode falar em uma repressão sexual nessa mesma sociedade, se supostamente homens e mulheres nunca foram tão livres para viver sua sexualidade? Essa discussão – bastante atual, aliás -, aponta para formas de controle que escamoteiam essa ordem repressora.

Uma dessas formas de escamotear a ordem instituída é discutida por Bourdieu (2005) em seu livro intitulado *A dominação masculina*, onde sustenta a ideia de que há um programa social que legitima por sua ordem e divisão de trabalho, o qual implica um registro no próprio corpo em sua realidade biológica. Assim, no sentido da leitura

deste autor, o social tem um grande valor na construção das diferenças sexuais, conformada com a visão mítica das coisas, que torna inclusive as diferenças entre os órgãos sexuais algo que justifica como natural a ordem socialmente construída.

A violência simbólica, ideia amplamente discutida por Bourdieu (2005), se institui pela adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, avaliando a si mesmo e aos outros por meio de classificações naturalizadas (alto/baixo, gordo/magro, etc.). A força simbólica consegue esta incorporação, nas entrelinhas os hábitos, por encontrar suas possibilidades no imenso trabalho prévio que é necessário para operar uma transformação duradoura. Essa fronteira dominante versus dominado assume também formas de emoções corporais (vergonha, humilhação, timidez) ou de paixões e sentimentos (amor, respeito). E nesse sentido, as paixões do *habitus* dominado, lei social convertida em lei incorporada, não podem ser rompidas com uma simples tomada de consciência, pois a violência simbólica possui efeitos e condições de sua eficácia que estão inscritos no mais íntimo dos corpos sob a forma de predisposições (inclinações e aptidões) e mesmo quando as pressões externas são abolidas, permanece a auto-exclusão e a *vocação* (BOURDIEU, 2005).

Assim, em Bourdieu discute-se uma divisão sexual de origem social a partir de uma violência simbólica grosseiramente respeitada e hereditariamente transmitida que se mostra invisível às suas próprias vítimas. Estas mesmas reproduzem padrões de conduta que parecem dispensar qualquer justificação por serem passadas pela via da cultura como naturais, como, por exemplo a visão de que a mulher deve ser dócil, amável, uma boa mãe e uma digna esposa.

Para Ceccarelli, uma das fundamentais fontes de regulamentação das condutas sexuais pode ser evidenciada pela religião, a exemplo do início da era cristã, na qual o mundo fora organizado de acordo com: um projeto divino inescrutável [...]: a Terra era o centro do universo, o homem a mais perfeita criação de Deus, seguido de perto pela mulher, e a religião oferecia as referências ético-morais a serem seguidas (CECCARELLI, 2010, p.740).

Em relação aos valores ético-morais de nossa cultura, sabe-se, como afirma Ceccarelli (2010), que suas bases encontram suas raízes na tradição judaico-cristã. No entanto, seria injusto atribuir ao Cristianismo o ascetismo em relação aos prazeres, pois ele apenas preservou um legado que hostilizava o prazer e o corpo.

De acordo com Ranke-Heinemann (1996), em seu livro intitulado *Eunucos pelo*

reino de Deus, tal legado pessimista tem suas origens na Antigüidade. Galeno – por exemplo –, no século II, médico do Imperador Marco Aurélio – grego e pagão – valorizava a continência sexual. Pitágoras, Século VI a.C., afirmava que deveria se satisfazer o sexo no inverno, moderadamente no outono e na primavera e não no verão, embora esse ato fosse prejudicial durante o ano inteiro. Nota-se que esse pessimismo sexual deriva não da maldição e do pecado, mas de considerações médicas.

O ato sexual era visto como prejudicial à saúde e extenuante. Assim, como afirma Heinemann: “Xenofonte, Platão, Aristóteles e o médico Hipócrates (século IV a.C.), todos o viam dessa forma”. Hipócrates acreditava que a retenção do sêmen proporcionava ao homem a máxima energia, e o contrário à ruína. Sorano de Éfeso (século II d.C.) médico do Imperador Adriano, considerava a virgindade saudável, sendo que a única atividade sexual justificável seria a destinada à procriação (RANKE-HEINEMANN, 1996, p.22).

Como afirma Hanke-Heinemann, esse posicionamento pessimista em relação ao sexo fora tomado como fundamento pelo estoicismo – maior escola da filosofia antiga (300 a.C. a 250 d.C.). Se por um lado os filósofos gregos valorizavam a busca do prazer como ideal humano de vida, os estóicos, principalmente nos dois primeiros séculos da Era Cristã, mudaram esse ponto de vista ao rejeitar o prazer. O prazer carnal e toda suspeita que causara ao pessimismo estoicista fez com que mesmo o sexo no casamento fosse questionado, passando a ser tratado como uma concessão aos que não conseguiam se conter. Continua a autora: “A preferência pelo celibato e a abstinência em detrimento do casamento já tinham sido esboçadas pelo estoicismo e atingiu a plenitude no ideal cristão da virgindade” (RANKE-HEINEMANN, 1996, p.23).

O estóico Sêneca, nomeado tutor de Nero, argumenta que seria vergonhoso amar a esposa de outro homem ou mesmo a sua própria de forma desmesurável, pois assim, o homem tomaria a paixão como guia e não a razão. Além disso, o ato sexual com a esposa grávida também seria inadequado, pois seria somente em nome do prazer, uma vez que a função da reprodução já estaria consumada. O estoicismo, ainda assim argumenta a favor do casamento como uma ajuda mútua entre os parceiros. Aristóteles valorizava os laços familiares entre pais e filhos enquanto Musônio acreditava na relação entre homem e mulher como a mais forte da vida. Este considerava ambos como iguais, enquanto que Aristóteles insistia na subordinação da mulher frente ao homem. Esta ideia fora tomada pelo Cristianismo, que na época de Tomás de Aquino tomara

Aristóteles em alto valor no que diz respeito às suas considerações sobre a mulher. Assim, por exemplo, o cristianismo apesar de considerar fundamental a relação conjugal entre homem e mulher, vê esta como uma ajudante do homem e não o contrário:

A visão negativa do prazer sexual que prevaleceu no estoicismo e que foi característica dos dois primeiros séculos depois de Cristo viu-se ainda fortalecida pela invasão do pessimismo, que pouco antes do nascimento de Jesus surgiu no Oriente, provavelmente na Pérsia, abriu caminho para o Ocidente e veio a se revelar no competidor mais perigoso do cristianismo. Esse movimento, que se intitula *gnosis* (ciência), acreditava ter reconhecido a inutilidade e a inferioridade de tudo o que existe. Pregava a abstinência do casamento, da carne e do vinho (RANKE-HEINEMANN, 1996, p.27).

O Gnosticismo pode ser entendido, de acordo com Hanke-Heinemann (1996), como um protesto contra a ideia de que a vida é boa, com a demonização de toda corporeidade, baseando-se para tanto em um pessimismo que se contrapõe à cosmovisão da antiguidade. Mesmo o judaísmo, que era avesso ao ascetismo, obteve transformações após a invasão gnóstica. Não se considerava, por exemplo, o mundo e a matéria como maléficos ou então a superação do mundo e a negação da vida como ato de piedade.

Do ponto de vista da anatomia, até o século XVIII, o que inclui a Renascença, o modelo dominante era o do sexo único. Tal modelo se baseava na definição da ordem dos seres, de Aristóteles, e na do corpo anatômico, de Galeno. Nesta referência, homens e mulheres se organizavam segundo o grau de perfeição metafísica, sendo o grau máximo ocupado pelo homem; em segundo lugar vinha a mulher. As pranchas anatômicas dessa época testemunham bem que não existia diferença específicas nos órgãos sexuais masculinos e femininos: apenas no homem os órgãos se encontravam no exterior enquanto na mulher no interior (CECCARELLI, 1999).

Em uma etapa posterior, na modernidade apoiada nas ideias do iluminismo, a ciência passa a ocupar este lugar a partir da valorização da razão e da noção de causalidade atribuída aos princípios da natureza. Além disso, a tradição divina deveria ser substituída por princípios políticos universalistas, regidos por um interesse à comunidade e não ao pessoal. No entanto, a partir da chamada pós-modernidade, na era da informatização e da sociedade pós-industrial, evidenciou-se um declínio dos conhecimentos globais, das grandes narrativas e da capacidade da ciência em dar respostas. Assim, Ceccarelli afirma que o que está em pauta são o conhecimento, o

poder e as formas de controle que estariam relacionadas. Dentre essas mudanças na pós-modernidade, “não podemos nos esquecer das grandes polêmicas relativas aos movimentos feministas, à reorganização da família e às regras do matrimônio” (CECCARELLI, 2010, p.742).

A partir disso, Ceccarelli (2010) argumenta que surgiram reações misóginas contra as mulheres, pois os rearranjos familiares ameaçariam a ordem social e a moralidade. No entanto, a história mostra que sempre houve formas diferenciadas de organização social, e que não se pode estabelecer um comparativo qualitativo. Nesse embate entre formas de arranjo social, especialmente no que diz respeito ao *patriarcado/matriarcado*, Roudinesco chama atenção para os argumentos reunidos em grandes debates após 1960 e afirma:

De Morgan a Friedrich Engels, passando por Frédéric Le Play e Johann Jakob Bachofen, a questão do declínio da autoridade paterna e da escalada em intensidade do poder das mulheres é vista de forma normativa. Ora o reino do matriarcado é apresentado como fonte de caos, de anarquia e de desordem, opondo-se ao do patriarcado, sinônimo de razão e de cultura, ora é descrito como um paraíso original e natural que o patriarcado teria destruído para instaurar seu despotismo autoritário (ROUDINESCO, 2003, p.41).

Sobre esta construção social pode-se citar Foucault (1984), ao afirmar que a repressão sexual do século XIX relacionada à burguesia vitoriana, possuía fortes rédeas quando comparadas ao século XVII, com maior tolerância e familiaridade às práticas sexuais. Com tal repressão, a família burguesa confiscaria a sexualidade para dentro de sua casa – especialmente para o quarto dos pais. Deve-se lembrar com isso, como afirma Roudinesco, que:

[...] a abolição da monarquia gerou, na sociedade do século XIX, uma nova organização da soberania patriarcal. Reintegrando em seu poder depois de derrotado pelo regicídio de 1793, o pai da sociedade burguesa não se assemelhava mais a um Deus soberano. Acuado em um território privado, e questionado pela perda da influência da Igreja em benefício do Estado, ele consegue porém reconquistar sua dignidade perdida, tornando-se, para começar, o patriarca do empreendimento industrial (ROUDINESCO, 2003, p.37).

Para Roudinesco (2003), a ordem familiar econômico-burguesa repousa em três fundamentos: a autoridade do marido, a subordinação da mulher e a dependência dos

filhos. A mulher deveria cumprir essencialmente o papel de mãe, pois o advento da feminilidade poderia acarretar em riscos à sociedade e à função autoritária da paternidade. No entanto, a partir da abolição da monarquia e da revolução de 1789 na França, no qual o estado se torna avalista da autoridade paterna, cria-se uma nova figura de pai devido às novas exigências direcionadas às famílias, ou seja, supostamente ele não mais seria essencialmente dominador como nos moldes do Antigo Regime, mas passaria a ocupar uma posição ética: um pai justo e submetido à lei. A família ocupa assim um novo espaço com essas mudanças, pois se torna o novo modelo dessa nova sociedade.

Roudinesco cita Hegel (1821) em seus *Princípios da filosofia do direito* para descrever essa nova relação entre indivíduo, sociedade e estado. Nessa leitura, afirma-se que a família seria avalista da moralidade, abarcada pela instituição do casamento que uniriam homem e mulher em sua inclinação espiritual sobre a paixão sexual. Assim: “Pelo trabalho ou pela atividade intelectual, o marido enfrenta o mundo externo com uma reflexão ou sobre o mundo ou sobre si mesmo, ao passo que, no seio do lar, sua esposa, agora mãe, goza de uma liberdade autêntica” (ROUDINESCO, 2003, p.40).

Por outro lado, mesmo esse pai sendo chefe de uma família a partir de uma moralidade, o patrimônio cujos interesses ele representa, afirma Roudinesco (2003), pode ser entendido como uma forma de exercício de seu poder simbólico. Este poder só seria passado adiante para seus herdeiros a partir da morte do pai. Com isso, os filhos repetiriam o *destino* do seu genitor do mesmo sexo. Essa autoridade paterna fora constantemente revalorizada durante o século XIX, mesmo com todos os movimentos de fragmentação.

Esta breve descrição da evolução histórica sobre a família, as relações de gênero e a repressão evidencia alguns moldes e normas de condutas *oferecidas* culturalmente a partir de um vasto e complexo delinear histórico que parecem legitimar algumas posições ocupadas por homens, mulheres e filhos até a contemporaneidade. Tal argumento poderia ser questionado pela noção de que hoje em dia, haveria uma maior liberdade em relação às condutas sexuais, por exemplo. No entanto, o que dizer do grande número de mulheres sendo violentadas até hoje em dia? Ou então da crescente feminização do vírus do HIV/Aids com relatos de mulheres que foram induzidas a transar sem preservativo?

4. RESULTADOS: ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA

4.1. Helena e suas defesas

A história de Helena, presente no fragmento de caso apresentado, como vimos, é fonte de inúmeras indagações. Nele, um dos temas que tomam o primeiro plano ao leitor é justamente o abalo narcísico inerente, afinal não deve ser tarefa fácil se ver portador de uma doença como o HIV/Aids.

Adquirir essa enfermidade, a partir do que ela nos diz, é carregar o fardo de lidar com sérias doenças oportunistas, pouca autonomia devido a debilidade física, um rápido emagrecimento e mudanças bruscas na aparência física. Mais ainda, tais perturbações orgânicas exercem grande repercussão a nível afetivo.

Podemos imaginar como seria para ela ter de lidar com tamanho fardo? Como se sente uma mulher que antes da doença se via desejada pelos homens dentro e fora de casa, e depois de ser internada, vê seu corpo sofrendo inúmeras transformações?

Nesse ponto, por tanto sofrimento, Helena afirma a necessidade de “se cuidar” e de ficar próxima à mãe em busca de suporte, pois é notório em pacientes com graves enfermidades a necessidade de recolhimento narcísico.

Com essa aproximação da mãe, ocorre um afastamento de seu marido, da sua vida conjugal e da vida noturna. Quantas perdas narcísicas a mais poderiam ser enumeradas nesse penoso processo em que Helena se encontra?

De fato, não é de se estranhar a dificuldade encontrada por Helena em falar de si. A dificuldade inerente a esta tarefa talvez possa ser condensada em duas frases proferidas por Helena, uma no início e outra no fim da série de atendimentos: Nesta, ela afirma “Não quero conversar hoje”, já no início do tratamento ela diz: “Minha vida é isso”. Vimos anteriormente que essa frase poderia indicar problemas em relação ao *setting* e à sua debilidade física. No entanto, pode-se pensar nesse momento em um terceiro fator: resistência.

Afinal, como Helena que já estava envolta em seus problemas decorrentes de um diagnóstico recente para Aids – e não somente isso, pois sua vida logicamente não se resume à doença – poderia estar disponível para maiores questionamentos? Parece então que nesse primeiro momento, ela estava empenhada em uma tarefa mais emergente: lidar com um imenso desprazer decorrente de toda essa situação vivenciada. Ainda assim, ao analista cabe a disposição a ouvir e desejar que o paciente fale, para que assim o paciente possa se haver com o seu inquietante estrangeiro em si mesmo - o

inconsciente – e com isso, se reposicionar em relação ao seu próprio corpo, à sua doença e aos significados envolvidos nessa rede complexa.

Um dos sentimentos que fora necessário estar atento em Helena, que parece provocar grande parte desse desprazer é a culpa, pois ela tem a convicção de que seu marido está também contaminado. Segundo a paciente, isto se dá pelo fato dela tê-lo traído com outro homem – este que, por sua vez a contaminou. Seguindo essa ordem, Helena se acredita culpada pelo suposto contágio de seu marido. No entanto, somente nos últimos atendimentos ela chega a falar sobre essa culpa, que talvez seja um dos pontos mais penosos em sua passagem pela internação.

Deve-se notar, no entanto, que o que é ressaltado não é a falta de preservativo nas relações sexuais, mas a traição ao marido. Nesse relato, Helena parece se sentir tal como a mulher agostiniana, ou seja, aquela que trouxe o pecado à humanidade e que fez o homem pecar e pagar por isso junto dela.

Logicamente, as possibilidades de ligação com outros conteúdos inconscientes se revelaria fundamental ao aprofundamento desses termos por ela, no entanto, não houve tempo disponível dado o curto período de internação.

4.2. Uma história de desamparo

O desamparo é um tema recorrente em pacientes internados por doenças graves. A partir de Freud, sabemos que na história humana há uma recorrente busca para lidar com o desamparo constitucional, pela prematuridade do ser humano, e o desamparo psíquico, caracterizados pela do recém-nascido em lidar com as exigências pulsionais filogeneticamente herdadas devido à inexistência de um aparelho psíquico ao nascimento.

Para lidar com o desamparo psíquico, Eros, responsável pelas ligações pulsionais, age de forma a produzir investimentos libidinais que confortam imaginariamente o Eu em constituição. Com isso, o universal do desamparo se singulariza na história de cada um, a partir da relação de total dependência que a criança estabelece com quem lhe deu vida psíquica (CECCARELLI, 2009).

Dessas breves disposições sobre o desamparo, voltamo-nos novamente a Helena. Como discutido anteriormente, ela parece realizar um movimento regressivo em relação à sua mãe e tal como uma criança de tenra idade diante dos perigos iminentes da vida.

Além disso, diante de suas angústias ela não recorre somente à mãe, mas anseia por um deus que lhe forneça algum amparo.

Nesse movimento, pode-se notar que ela se encontra diante de um desamparo psíquico por diversas questões: estar com HIV/Aids, sentir-se culpa pelo contágio do marido, encontrar-se internada em um hospital, longe de sua família, de sua rotina e vivenciar uma perda de autonomia.

4.3. Ativo e passivo como destinos do homem e da mulher?

Essa distinção meramente anatômica de masculino e feminino, coincidindo respectivamente com atividade e passividade, de fato parece ser questionada por Helena. Se levarmos em consideração o sentido do senso comum ou mesmo o sentido biológico trazido por Freud em 1915 como nota de rodapé aos três ensaios (1915), teríamos como dizer que Helena coincide com as características femininas supostamente sustentadas por estes pontos de vista? Parece que não. No entanto, poderíamos mesmo nos ver em contradições se, levando em consideração esses mesmos pressupostos, afirmássemos que Helena vive como um homem. Qual seria então a proposta vigente?

Helena parece propor um caminho ao mostrar que ela vive sua sexualidade como prazer, turvando a visão de quem pretenda destacar nela características que seriam indiscutivelmente atribuídas a homens ou mulheres.

Como vimos, foram necessários anos de pesquisa para que Freud (1933 [1932]) formulasse a noção de que há uma flutuação singular em cada indivíduo no que diz respeito à proporção de caracteres masculinos e femininos, que não podem ser meramente atribuídos a distinções anatômicas. Será necessário um complexo percurso que envolve em cada um questões relacionadas ao Édipo, às identificações, aos ideais de Eu. Com isso, Freud (1933 [1932]) afirma ser falha qualquer tentativa de fazer coincidir atividade com o masculino e passividade com o feminino, o que já havia sido exposto por ele desde os acréscimos de 1915 aos três ensaios (1905), no qual: o que interessa à psicanálise é que se trate feminino e masculino como atividade e passividade, no sentido em que a pulsão é sempre ativa, mesmo que tenha como alvo um objeto passivo.

4.4. Complexo de castração, inveja do pênis e Supereu feminino

Em *A dissolução do complexo de Édipo*, Freud (1924) voltava a discutir a questão das diferenças sexuais, apontando pela primeira vez dissimetrias na comparação do desenvolvimento sexual entre meninos e meninas. Nesse texto, Freud aborda o início da aceitação da castração pelo reconhecimento de que as mulheres – primeiro a mãe, depois sendo gradualmente generalizando para as demais mulheres – não possuem pênis. A partir daí, do conflito entre o interesse narcísico por essa parte do corpo e dos investimentos objetais, a criança adentra no período de latência. Isto se dá quando justamente estes investimentos objetais são abandonados e substituídos por identificações. Aqui é essencial destacar que desse reconhecimento da castração no final da fase fálica, decorre que a autoridade dos pais é introjetada e se forma o núcleo do Supereu contra tais investimentos.

Toda essa construção é fundamental em nossa análise, principalmente no que diz respeito ao *complexo de castração* e à formação do *Supereu*. No primeiro ponto, podemos reafirmar o percurso antes realizado em Freud que, por mais que em sua obra a castração nas meninas seja tida como *fato consumado*, há uma nítida relação deste conceito com o papel da fantasia na constituição do indivíduo. Além disso, o falo para ser considerado enquanto tal depende do desejo da mãe, portanto, ser portador de um pênis não significa necessariamente ser portador do falo. Então, por que se deveria pensar que aquele que não possui esse apêndice deveria ser essencialmente castrado como condição?

Essas indagações nos levam ao ponto seguinte: a formação do Supereu na menina. Vimos que Freud (1924) formula a ideia de que o que pesa para elas no complexo de castração é a possibilidade de perda do amor e, assumindo então a posição da mãe em relação ao pai, substituem o desejo pelo pênis pela demanda por um bebê e tendo o pai como objeto de amor.

A discussão sobre a sexualidade feminina continua em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*, quando Freud (1925) afirma que a castração prepara a menina para a entrada no Édipo, diferentemente do menino, pois neles o Édipo é desfeito pela castração. Deste ponto, temos um grande problema em relação à formação do Supereu nas meninas.

Nelas, segundo Freud (1925), faltaria um motivo correspondente à formação do Supereu tal como o dos meninos, pois neles, a ameaça que dessexualiza os

investimentos objetais e forma sublimações compõe assim o núcleo do Supereu, enquanto que para as meninas, não haveria ameaça tão fundamental à formação dessa estrutura psíquica, já que a distinção anatômica seria a prova de uma castração consumada. Como consequência, as mulheres não teriam um Supereu tão implacável.

No entanto, parece que o atendimento a mulheres com HIV/Aids, especialmente no caso de Helena, revela uma contradição, pois foi possível perceber o quanto Helena flagela-se por ser portadora de HIV/Aids, por se acreditar culpada pelo suposto contágio do marido, por viver sua sexualidade como prazer, por ir à festas e não ter tido mais tanto contato com a mãe e com a vida religiosa.

Como então Helena, uma mulher, não teria um Supereu tão severo a ponto de ter demonstrado tamanha melhora em seu quadro clínico a partir da intervenção do psicoterapeuta ao relativizar a ideia exposta por ela de que o fato de viver seu prazer, como o de dançar, não era um determinante em seu diagnóstico?

A concepção de complexo de castração como uma construção psíquica também merece ser ressaltada para entendermos melhor Helena, pois a partir disso, como afirma Nunes (1995), ninguém nasce homem ou mulher. Por outro lado, esta autora afirma que ainda parece haver problemas no que diz respeito à necessidade de deslocamento do gozo do clitóris para a vagina e ainda no que diz respeito à inveja do pênis que somente a satisfação da demanda bebê/falo acalçaria.

Desse confronto com a castração, como vimos, três são os destinos possíveis para a menina: crescer insatisfeita com o clitóris renunciando à sua sexualidade; continuar esperando que venha a ter um pênis, tornando-se viril e se aproximando da perversão ou homossexualidade, ou; ter o pai como objeto de amor, tendo posteriormente um marido como sucessor, e trocando o desejo pelo pênis pelo desejo de ter um filho. Esta clara relação de Freud (1925) entre feminino e maternidade, quando pensada em relação à Helena, mostra-se problemática.

Helena, como se pode notar, não renuncia à sua sexualidade e não se aproxima da homossexualidade ou virilidade masculina. Pode-se pensar que ela segue o caminho de ter o pai como objeto de amor, que fora substituído posteriormente pelo marido e pela satisfação da maternidade, mesmo pelo fato dela mostrar que sua escolha de objeto se identifica com a forma de apoio, ou seja, o pai que provê e a mãe que cuida. Assim, ela parecia ter um marido que cuidava e a provia materialmente. No entanto, ela nos ensina que não podemos pensa-la como uma mulher fixada nesse *destino*, pois seu

prazer não permanecia estritamente ligado ao matrimônio e à maternidade. Além disso, pode-se aventurar um pouco mais nesse ponto com o seguinte questionamento: Se mesmo com um marido e um filho - ou seja, supostamente atendida a demanda bebê/falo - Helena não tinha motivos para abandonar suas outras formas de obter prazer, então, por que teríamos de acreditar que ela, por alguma decepção ou inveja, abandonaria alguma outra forma de prazer anterior, como por exemplo a clitoridiana?

Infelizmente esses questionamentos não puderam ser mais aprofundados pelo tempo e local de atendimento, no entanto, deve-se valorizar a possibilidade de poder realizar maiores investigações que desconstruam alguns pressupostos normatizadores no que diz respeito ao que é ser mulher.

4.5. Masoquismo infantil/feminino

O leitor deve estar familiarizado com a discussão anteriormente realizada no sentido de promover um questionamento acerca da provável junção freudiana entre mulher, masoquismo e passividade. Chegamos mesmo a propor que o *masoquismo feminino* fosse chamado nesse estudo por *masoquismo infantil*. Pois bem, vamos ao que nos interessa em relação à Helena.

Deve-se recordar que após receber seu diagnóstico positivo para o vírus do HIV/Aids, Helena manifestava grande preocupação relacionada a forma como seu marido receberia essa notícia. Além do medo de ser abandonada por ele, Helena afirma que tinha medo que ele a agredisse. Esse medo da possível agressão toma um valor diferente quando se destacar que nem Helena nem sua mãe representam esse marido como uma pessoa de condutas violentas. Além disso, Helena nos conta que ele já havia tomado consciência de uma traição anterior e que a perdoou. Com isso, somos levados à possibilidade de pensar nesse medo dela de ser agredida por seu cônjuge como uma fantasia.

Pensar em termos de fantasia pode nos fazer remeter ao Édipo, no sentido em que, por condensação, ser espancado também é uma fantasia infantil de ser amado. E de fato, como veremos mais adiante, o grande temor de Helena é o de vir a perder o amor do outro. Além disso, vimos com Kehl (2008) que existe uma equiparação entre masoquismo feminino e masoquismo moral: o sofrimento do Eu, sempre culpado diante do sadismo do Supereu.

Este ponto é essencial à discussão clínica, pois Helena se sente culpada por ter certeza de que foi ela quem primeiramente se contaminou com uma relação extraconjugal e posteriormente contaminou seu marido com HIV. Se seguirmos a ordem dos fatos da forma com que Helena relata, podemos concordar com ela, mas deve-se realizar sempre uma reflexão a mais no contágio dessa enfermidade, pois uma doença com o início *silencioso* torna problemática qualquer tentativa de atribuição de culpa – e seu marido não desenvolveu a síndrome.

Retornando ao problema do masoquismo, tem-se como ressalva o fato de que não se deve ter pressa e atribuir uma característica masoquista à Helena, pois nem é este o objetivo presente, nem teríamos material suficiente para tal análise. O que se quer ressaltar é o medo de Helena como o medo/desejo de uma criança desobediente e má em sofrer o castigo de seu pai, pois, por condensação, a fantasia de apanhar pode também ser uma fantasia de obter atenção e amor.

4.6. Helena e o outro

É notório na escuta de Helena o quanto ela se encontra angustiada, não em primeiro plano pela possibilidade de morte, mas de perda do amor de seu marido que “tanto a ajudava” (S.I.C.). O marido era referido sempre como aquele que cuidava e garantia sustento material a ela, de forma que se possa pensar num tipo de amor apoiado nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação, tal como Freud (1914) descreve como tipo de escolha de objeto.

Deve-se notar, que de acordo com o que Helena relatou, seu marido ficou sabendo de sua relação com outro homem, mas a “perdoou” e continuou ao seu lado. No entanto, ela não chega a mencionar o mínimo de relação sensual em seu casamento. Por outro lado, em sua fala, ela parece construir uma cena em que ela seria uma menina vivendo sua sexualidade sem culpa, até que, com o diagnóstico de HIV/Aids, passou a sentir medo do abandono pelo marido, que parecia estar no lugar daquele que cuida e provê.

Estas conjecturas se dão de forma interrogativa justamente pelas circunstâncias em que se deu a escuta à Helena – o *setting*, a debilidade física e o curto período de internação. O que, no entanto, não nos impede de pensar em termos de possibilidades.

Como vimos em Freud (1930 [1929]), o amor é tanto uma condição necessária ao estabelecimento de laços sociais quanto um problema a determinados interesses da

civilização. Nesse jogo entre amor e civilização, a figura da mulher passa a representar os interesses da família e da vida sexual, enquanto que para o homem ficam as aspirações à vida pública. Esse *trabalho de civilização* nos serve aqui para pensar na fala de Helena, pois quais tipos de realizações restariam a ela?

Helena era “dona de casa”, mãe e esposa. Estas três funções restritas à vida em família parecem estar em segundo plano em nível de satisfação quando comparados à sua vida pública ao relatar o prazer encontrado nas festas que frequentava e no relacionamento com outros homens. No entanto, esse prazer aparece associado à culpa quando ela diz que depois da Aids, ela deixará de sair para festas e de dançar.

Nesse sentido, pode-se pensar em contraponto com Freud, em *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1908) e *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]), pois Helena estaria em uma posição anticivilizatória ao estar mais ligada ao desejo em detrimento à maternidade? A polarização entre desejo e maternidade/vida conjugal, dos quais Helena parece pender mais para o primeiro, dá a impressão de ser o dilema no qual ela se vê imersa no período de seu atendimento.

Como fator adicional, advém o contágio pela Aids. Helena desde muito havia rompido o contrato conjugal de fidelidade ao marido, o que para ela parece ser o motivo primeiro de ter que, a partir daí, carregar o fardo dessa síndrome. Ela parece nos dizer ao longo dos atendimentos uma sentença que pode ser condensada da seguinte maneira: Eu não subjuguiei meu desejo ao meu marido e à maternidade, portanto, pago essa dívida com a Aids.

4.7. Ser mãe e ser mulher

Como vimos em algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos, Freud (1925) afirma que na relação pré-edípica da menina com a mãe, objeto inicial também para o menino, há uma intensidade e uma duração diferenciadas e fundamentais a ela, sendo o pai o sucessor da intensa ligação primária com a mãe. A menina aos poucos vai renunciando à satisfação ativa inicialmente dirigida à mãe, por desejar voltar-se para o pai e por necessitar se afastar dessa mãe como primeiro objeto de amor.

Depois desse momento pré-edípico, passando pelo complexo de castração e finalmente chegando ao Édipo na menina, o que se observou na obra freudiana é o contrário do que acontece com o menino, ou seja, é o complexo de castração que levará

a menina a abandonar a mãe como objeto de amor e a se voltar para o pai, propiciando a triangulação edípica. No entanto, o desenvolvimento da sexualidade das mulheres deveria passar pelo deslocamento do gozo do clitóris para o da vagina? Tornar-se mulher consistiria em uma fixação da demanda bebê-falo, que somente um homem poderia suprir?

Como vimos a partir de Kehl (2008), estamos de acordo que Freud (1925) continua associando feminilidade e maternidade na dissolução do complexo de Édipo, pois se existem duas modalidades de prazer - clitoridiano e vaginal -, a decepção e a inveja não parecem constituir motivação suficiente para abdicar delas, pela fantasia de um dia obter o bebê/falo do pai. Com isso, esta leitura freudiana parece estar atrelada a pressupostos naturalizadores da posição feminina e a ideais sociais historicamente construídos.

Ainda em Kehl (2008) deve-se retomar a noção de que essa mãe ou substituta com a qual a menina precisa de identificar para se tornar mulher, é a mesma com a qual deve ser mantido um distanciamento necessário para sua travessia edípica e para se inscrever na lei da cultura. Assim, ser mulher é tentar ser como a mãe e como outra, diferenciada daquela do inconsciente, constituída como uma figura mortífera e dominadora.

Ao retomarmos a história possível de se apreender dos atendimentos com Helena, pode-se pensar em dois momentos essenciais em sua história. No primeiro, podemos supor que estaria Helena seguindo o caminho da identificação à mãe, em suas posições materna e conjugal. Já no, no segundo momento, a partir do diagnóstico da Aids, Helena estaria retornando para os cuidados maternos e deixando de lado seu prazer de sair para dançar, para então apenas ir à igreja.

No entanto, há de se supor não apenas essa identificação com a mãe do primeiro momento destacado, mas a formação de um Ideal do Eu bastante próximo da relação por nós efetuada durante a apresentação do caso clínico. Ou seja, seguindo sua sexualidade como prazer, porém salvaguardando uma transposição descuidada da personagem mítica – uma vez que a cultura distanciada mereceria uma nova análise -, a paciente parece seguir o ideal de ser Helena de Tróia, uma mulher que pode escolher.

Com isso, parecia que apesar de sua vida conjugal e materna lhe garantir certa satisfação, não era apenas isso que garantiria a Helena a sua plena satisfação. Era como se essa roupa não coubesse tão bem nela e ela precisasse se vestir de outras formas –

para dançar e viver seu prazer – para ir a outros lugares que não apenas o do interior de sua casa e o da igreja.

4.8. Helena e os ideais: submissão ou subversão a eles?

Como vimos, quando Freud (1908 [1907]) versa sobre os escritores e a fantasia, parece contribuir com o conceito de Ideal do Eu ao afirmar que o brincar seria o protótipo infantil para o desejo de ser grande e adulto. Este desejo infantil também é expresso nos romances familiares (1909[1908]), onde a criança deseja igualar-se ao progenitor do mesmo sexo e mais tarde aos atributos dos indivíduos adultos substitutos desses pais.

Tal contribuição está na via do que Freud (1914, p. 112) afirma no estudo sobre o narcisismo: “(...) o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal”. Assim, o Ideal do Eu é o que o indivíduo projeta diante de si como modelo substitutivo da completude narcísica infantil, com o objetivo de recuperá-la.

O que parece emergir a partir dos atendimentos de Helena, que diz respeito a esses modelos projetados diante de si é o de uma mulher que, tal como a personagem de Homero, possa desejar algo além do que a cultura costuma permitir às mulheres. Para tanto, nota-se que ela desejou ter um marido que cumpriria também a função de um pai, e um amante. Em outros termos, Helena era mãe, esposa e amante – tanto da vida quanto de outro homem ao qual lhe cabia uma função diferente do seu esposo, ou seja, amar de forma sensual. No entanto, parece que tal subversão à ordem do que seria prescrito às mulheres, teve um preço dentro do que ela nos diz.

Helena sente-se punida a partir da Aids, justamente por ter vivido sua sexualidade como prazer, o que fora buscar fora de sua casa. Para tal afirmativa, deve-se recordar que ela não se queixa de não ter usado preservativo, ou mesmo da possibilidade de morrer, e sim de ter mantido relações sexuais com outro homem e de viver uma vida noturna. Este ponto merece uma palavra a mais, o que é possível de realizar a partir de simpósios voltados para a produção de artigos científicos coordenados pela prof^a Dra. Ana Cleide Guedes Moreira (2012).

Devemos entender a sexualidade como satisfação da pulsão, que ganha representação na fantasia do sujeito e assim pode ser expressa no discurso. Se, além disso, concordarmos com Freud que a meta de toda pulsão é a satisfação e, que a fonte

de toda pulsão é o processo somático, que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo, então podemos entender sexualidade como pulsional e como busca de prazer corporal.

Dessa forma, melhor do que nomear quais seriam os possíveis ideais seguidos por Helena, é destacar o que ela parece deixar bem claro, a saber: Helena vivia sua sexualidade sem culpa. No entanto, parece que essa construção subjetiva tem uma reviravolta a partir do diagnóstico de Aids, quando irrompe a culpa pela possível contaminação do marido, expressa na frase “ele não pode saber”.

Com essa afirmação, e retomando a articulação realizada com a mitologia grega a partir de Hughes (2009) com aporte em seu nome fictício, seria como se Helena passasse de um lugar identificado com Afrodite – deusa da beleza e do amor - para outro situado por Ártemis – a mais pura e casta das deusas. De fato, este é o modelo de vida que ela têm como modelo de *salvação* para Helena a partir de agora.

Com isso, tem-se como possibilidade de interpretação a seguinte afirmativa: Helena, por ter vivido sua sexualidade como prazer, obteve como punição o horror de ser contaminada pelo vírus da Aids. Então, a única forma de amenizar tal infelicidade é passando o resto de sua vida na casa de sua mãe - já que nem o casamento a imunizou das tentações - em abstinência aos prazeres e pedindo perdão às divindades da igreja.

Ainda pode-se dizer uma palavra a mais sobre essa relação com a mãe, pois esta parece ocupar um lugar de novo *ideal do Eu* para Helena. À primeira vista, nota-se que sua mãe aparece como uma mulher justa e idealizada, ou seja, e a única que poderia lhe dar o abrigo necessário para que ela pudesse se reestabelecer. Desse movimento, pode-se notar um conflito psíquico entre o Eu e seus Ideais.

Este conflito parece claro quando se pensa em antes e depois ao HIV/Aids, pois antes deste fato, Helena havia se afastado dos laços maternos e dos pressupostos religiosos envolvidos nessa relação, enquanto que no momento da internação, ela volta-se à sua mãe como se fosse uma pequena menina necessitando de amparo. Parece então que mesmo possuindo ideais outros, a partir do momento da internação Helena *quer* ser como sua mãe. Seria possível *querer* algo desse tipo após uma vida inteira vivendo como outra mulher? O que se pode dizer no momento é que durante o período de internação, para Helena, foi necessário desejar isso.

4.9. “Agora eu vou me cuidar”

Como foi possível discutir até aqui, os Ideais do Eu pertencentes ao sistema social influenciam sobremaneira na constituição do sujeito a partir da reatualização na ontogênese das construções históricas da filogênese humana. Com isso, diante das renúncias inerentes à própria construção e manutenção do social, os ideais parecem permitir um meio de satisfação justamente pela nostalgia de seu Eu Ideal tido como aspiração, que no caso de Helena – como em Helena de Tróia - parece ser expresso uma aspiração por amor.

Contidos nestes construtos estão os discursos que animam o corpo pulsional e a distinção entre os sexos, com suas respectivas possibilidades de funções e atributos. Vimos com isso como a ordem repressiva e sua regulamentação dos prazeres e costumes, que são fundamentais à manutenção da vida em sociedade, também podem servir como aprisionamento dos indivíduos em determinada *doxa*. Eis então a divisão naturalizadora entre homens e mulheres, para os quais, existiriam vocações bem específicas como: a delicada sujeição feminina e a habilidade masculina para a vida pública. Dentro dessa reprodução de discursos naturalizadores, encontramos a noção de que à mulher restaria o *dom* de ser mãe e esposa.

Com isso, pode-se retomar a discussão anterior sobre a repetição em algumas mulheres com diagnóstico recente de HIV/Aids, de uma postura representada pelo que Helena diz: “Agora vou morar com minha mãe e só saio para ir à igreja”. Esta afirmação condensa a postura de abstinência ao ato sexual em detrimento de outras questões relacionadas ao diagnóstico - tratamento penoso, cuidados com a saúde, possibilidade de morte iminente – pois o que parece ser mais difícil de suportar por ela é a culpa em ter seguido ideais outros e de ter vivido sua sexualidade como prazer.

Como representante também dessa ideologia acerca das mulheres pode-se destacar o papel da “igreja”, pois como afirma Freud (1930 [1929]), a religião para os homens comuns estaria contida na descrição das satisfações substitutivas, no entanto, apresentando como caminho a submissão incondicional a valores rígidos que depreciam a vida em razão de uma posterior redenção. Assim, quando Helena fala em ir à igreja, pode-se pensar em um aporte possível encontrado e oferecido pela figura materna. No entanto, como já nos perguntamos, a que custo se dá esse apoio?

Nesse ponto deve-se acrescentar a valorosa contribuição de Uta Ranke-Heinemann que relaciona o pessimismo em relação aos prazeres presente na religião de

base judaico-cristã como originário de noções construídas desde a Antiguidade. Assim, a hostilidade ao prazer e ao corpo vêm à tona no discurso de tantos pacientes que recebem o diagnóstico de HIV/Aids, justamente por ser essa uma doença que carrega consigo a marca do sexual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível notar no decorrer do estudo proposto, os diversos saberes envolvidos direta ou indiretamente aos cuidados com pacientes portadores de HIV/Aids, vêm assistindo de maneira geral ao aumento do número de mulheres infectadas, diminuindo assim consideravelmente a razão entre homens e mulheres contaminados e vivendo com essa enfermidade hoje em dia.

Essa considerável mudança no cenário nacional levantou a presente pesquisa alguns questionamentos voltados essencialmente ao sofrimento psíquico envolvido após o diagnóstico, especialmente no que diz respeito às mulheres, para onde foi direcionada a nossa investigação atual.

Em relação a esse sofrimento nas mulheres infectadas, tem-se claro a abrangência dos termos no que diz respeito à generalização dos resultados, o que deve ser realizado com bastante cuidado. Para tanto, a atenção a esta problemática teve como foco a escuta de Helena nas enfermarias do Hospital Barros Barreto, onde ficou internada. Como já dissemos em outro momento, é ela quem nos deu a linha para costurar nossas indagações acerca desse *viver com Aids*.

Ainda assim, pode parecer uma responsabilidade enorme para uma mulher apenas, ser portadora da palavra que responderia a esses questionamentos, no entanto, de forma alguma a análise aqui pretendida se pretendeu uma leitura tão descuidada e apressada. Helena é quem nos ensina um pouco do todo, oferecendo-nos uma linha que atravessa todo um complexo e valioso tecido de possibilidades.

Helena nos guiou para buscar entender como se dá a vivência dela, uma mulher, vivendo com uma doença carregada de estigmas que em sua essência, parece se opor a toda uma construção social repressiva da sexualidade humana, e mais ainda, da sexualidade feminina.

Neste tema, foi possível notar a quantidade de obstáculos presentes na teoria psicanalítica acerca da sexualidade feminina que merecem uma atenção redobrada para evitar justamente o que se propôs no título do terceiro capítulo, a saber, uma visão

naturalizadora sobre a mulher. Sobre esta questão, deve-se acrescentar que ainda há muito a ser percorrido no estudo tanto de Freud quando dos autores pós-freudianos, visto que na presente pesquisa, não se teve como foco um aprofundamento maior dessa problemática.

Para dar conta de tais percalços, foi necessário realizar ainda um estudo sobre o sexual dos ideais e tratar, mesmo que de forma breve, das construções sociais envolvidas na constituição da subjetividade, especialmente em mulheres.

Com esse longo percurso, realizado para que se pudesse uma aproximação e um contorno ao que Helena nos fala, notou-se um vasto material de pesquisa ainda a ser realizada, como por exemplo: as influências da igreja de bases judaico-cristãs no imaginário social do Brasil, especialmente no Pará, acerca da mulher; os fatores relacionados ao diagnóstico tardio em nossa região; questões teóricas sobre o masoquismo feminino, o Supereu feminino, o deslocamento do gozo do clitóris para a vagina no desenvolvimento psíquico, etc.

Assim, a aproximação à problemática do HIV/Aids revelou e ainda revela um terreno fértil a ser problematizado, especialmente no que diz respeito à psicologia e à psicanálise – esta última, por se tratar da escolha teórica que fundamenta a presente pesquisa -, pois como vimos no decorrer dessas páginas, não apenas o corpo deve ser assistido quando enfermo, bem como o medicamento por si só parece não dar conta desse indivíduo que sofre, já que como vimos, o psíquico pega carona no somático, e esse indivíduo geralmente tem algo a dizer e precisa falar.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. N.; KOVÁCS, M. J.; SATALL, R.; PAIVA, V. Fatores psicossociais e a infecção por AIDS em mulheres. Maringá, PR. **Revista de Saúde Pública**, 2002, 36: 32-39.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. P. 42-79. In BARBOSA, R. M. PARKER, R. G. **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. IMS/UERJ- Editora 34, Rio de Janeiro – São Paulo, 1999.

BIRMAN, Joel. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed.34, 1999.

BIRMAN, Joel. **Gramáticas do erotismo**: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BOWLBY, Rachel. Doida ainda, depois desses anos todos. In: BRENNAN, Teresa (Org.). **Para além do falo**: uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. (Coleção Gênero, v. 4). 360 p.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRUN, Danièle. **Figurações do feminino**. São Paulo: Escrita, 1989.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A nova ordem repressiva. *In* **Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, 30 (4), 738-751.

_____. **Pesquisa em Psicanálise**. www.ceccarelli.psc.br. 1998.

_____. Sexualidade e preconceito. *In*: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, III, 3, 18-37, set. 2000.

_____. Laço Social: Uma Ilusão Frente ao Desamparo. *In*: **Reverso**, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, ano XXXI, 58, 33-41, 2009.

CERVO, A. L. & BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Mc Gran-Hill do Brasil, 1996.

CHASSERGUET-SMIRGEL, Janine. **O ideal do ego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CHEMAMA, Roland; VANDERMERSCH, Bernard. **Dicionário de Psicanálise**. Trad. Francisco Settineri e Mario fleig. São Leopoldo – RS: Editora Unisinos, 2007.

COSTA, Jurandir Freire. A construção cultural da diferença dos sexos. **Sexualidade, gênero e Sociedade**, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREUD, S. (1950 [1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. I.

_____. (1893-1895). A Psicoterapia da Histeria. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. II.

_____. (1896). As neuroses de defesa. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. III.

_____. (1896b). As neuropsicoses de defesa. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. III.

_____. (1901-1905). Fragmento da análise de um caso de histeria (Posfácio do Caso Dora). *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. VIII.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. VII.

_____. (1908[1907]). Escritores criativos e devaneio. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. IX.

FREUD, S.. (1908). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. IX.

_____. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. IX.

_____. (1909[1908]). Romances familiares. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. IX.

_____. (1910). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. *In: Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XI.

_____. (1911). O caso Schreber. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. XII.

_____. (1912). A Dinâmica da Transferência. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Vol. XII.

_____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. XII.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. XII.

_____. (1913[1912-13]). Totem e Tabu. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XIII.

_____. (1914). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XII.

_____. (1914). À Guisa de Introdução ao Narcisismo. *In: FREUD, Sigmund. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. Vol. I.

_____. (1915). Pulsões e Destinos da Pulsão. *In: FREUD, Sigmund. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. Vol. I.

_____. (1918 [1917]). O tabu da virgindade (Contribuições à psicologia do amor III). *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XI.

_____. (1919). Uma criança é espancada. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XVII.

_____. (1920). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. XVIII.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1972. Vol. XVIII.

_____. (1921). Totem e Tabu. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XVIII.

_____. (1923). A organização sexual infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XIX.

_____. (1923). O Eu e o Id. *In: FREUD, Sigmund. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. Vol. III.

_____. (1924). O problema econômico do masoquismo. *In: FREUD, Sigmund. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. Vol. III.

_____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol.

XIX.

_____. (1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XIX.

_____. (1925). A negativa. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XIX.

_____. (1927). Fetichismo. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXI.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXI.

_____. (1931). Sexualidade feminina. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXI.

_____. (1933[1932]). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXI.

_____. (1937). Análise Terminável e Interminável. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXIII.

_____. (1940[1938]). O esboço da Psicanálise. *In: FREUD, Sigmund. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. Vol. XXIII.

GIL, Antônia C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GRANICHA, R.; CROWLEYA, S.; VITORIAA, M.; SMYTHA, C.; et al. Highly active antiretroviral treatment as prevention of AIDS transmission: review of scientific evidence and update. **Current Opinion in AIDS and AIDS 2010**, 5:298 – 304.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao AIDS de homens heterossexuais. São Paulo, SP. **Ver. Saúde Pública**. 2002;36 (4 supl):50-60.

GONSALVES, Elisa P. **Conversando sobre iniciação à pesquisa científica**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

HUGHES, Bettany. **Helena de Tróia: deusa, princesa e prostituta**. Tradução S. Duarte.- Rio de Janeiro: Record, 2009.

KALICHMAN, A. O. **Vigilância Epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas**. Tese de doutorado. Instituto de medicina, universidade de São Paulo, 1993.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino**. 2. ed. – Rio de Janeiro: Imago, 2008.

LACAN, J. **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud, 1953-1954** (B. Milan, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In J. Lacan, **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, Jean. **Problemáticas II**: Castração/Simbolizações. Trad. Álvaro Cabral. 1ª Ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, 1988.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise**./ Laplanche e Pontalis; sob a direção de Daniel Lagache; [Tradução: Pedro Tamen]. – São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEBREGO, Arina Marques. **Estudo psicanalítico sobre a feminização da epidemia do AIDS com usuários do Hospital Universitário João De Barros Barreto**. Tese Mestrado, Universidade Federal do Pará, 2008.

LEVY, Elizabeth Samuel. **Desamparo, Transferência e Hospitalização em Centro de Terapia Intensiva**. Tese Mestrado, Universidade Federal do Pará, 2008.

MANN, J. M. TARANTOLA, D., NETTER, T. W. **Aids in the world**. Cambridge, Harvard University Press, 1992.

MARCUSE, Herbert. **Eros e civilização**: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud. 8ª ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1968.

MCDOUGALL, Joyce. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana. Trad. Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MIGUELEZ, Oscar. **Narcisismos**. São Paulo: Escuta, 2007.

MITCHELL, J. Freud e Lacan: teorias psicanalíticas da diferenciação sexual. *In*: **Psicanálise da sexualidade feminina**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

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

MOREIRA, A.C.G.; FRANCÊS, I.; BACCHINI, A.M.; SILVA, R. D.C. Cuidados no diagnóstico de HIV/aids e a escuta psicanalítica como dispositivo clínico no Hospital Geral. *In*: OLIVEIRA, P.T. PIANI, P.P. **Psicologia**: Políticas, Formação, Profissão e Pesquisa. Belém: Editora Paka-Tatu. 2012.

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

NUNES, Silvia Alexim. Figurações freudianas do feminino. *In*. **Estudos em saúde coletiva**. Instituto de medicina social. UERJ. 1995.

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

POLISTCHUCK, Ligia. **Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o AIDs**: uma comparação entre homens e mulheres. São Paulo, 2010 [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública].

Portal da Saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em: www.Aids.gov.br

POLI, Maria Cristina. **Feminino/Masculino**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo reino de Deus**: mulheres, sexualidade e Igreja Católica. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Trad. André Telles. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ. SESPA-PA. <http://portalsespa.pa.br>

UnAids – Global Report. Aids Epidemic Update 2009. Disponível em: [HTTP://www.unAids.org](http://www.unAids.org)

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.