



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

OCILENE FERNANDES BARRETO

**CONSTITUIÇÃO DO EU E A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: UM
ESTUDO PSICANALÍTICO COM ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS**

Belém, Pará

2013

OCILENE FERNANDES BARRETO

**Constituição do Eu e a Transmissão vertical do HIV: um estudo psicanalítico com
adolescentes soropositivos**

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

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli.

Belém, Pará

2013

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

Barreto, Ocilene Fernandes

Constituição do Eu e a transmissão do HIV: um estudo psicanalítico com adolescentes soropositivos / Ocilene Fernandes Barreto. - 2013.

Orientador (a): Paulo Roberto Ceccarelli.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2013.

1. Adolescentes HIV-positivo. 2. AIDS (Doença) em adolescentes - Cuidado e tratamento 3. AIDS (Doença) - Transmissão. 4. Desemprego (Psicologia). 5. Narcisismo.
I. Título.

CDD - 22. ed. 616.9792

OCILENE FERNANDES BARRETO

Constituição do Eu e a Transmissão vertical do HIV: um estudo psicanalítico com adolescentes soropositivos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicanálise, Teoria e Clínica

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli (Orientador)
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG)

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Suzana Souza Pastori (Membro Convidada)
Universidade Federal do Pará (UFPA-PA)

Apresentado em __/__/__ Conceito:_____

AGRADECIMENTOS

*Eu sonho e
por detrás da minha atenção
sonha comigo
alguém. . .
Fernando Pessoa*

Agradecer, embora necessário, é difícil, pois é fácil cometer alguma injustiça, esquecendo de alguém que colaborou ou mais até. Entretanto, seria mais injusto ainda não agradecer.

Agradeço à CAPES. O financiamento foi fundamental, fui uma mestranda plena graças à bolsa.

Agradeço a Paulo Roberto Ceccarelli, meu querido orientador, o primeiro que acreditou e confiou em mim. Obrigada, sempre, por tudo o que aprendi e pelo muito que tenho a aprender.

Agradeço à Ana Cleide Guedes Moreira, incansável e delicada mulher que apoiou, incentivou e também acreditou que eu era capaz.

Agradeço aos amigos do grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da UFPA: Ronildo, Igor, Bárbara e Alessandro, encontros, reflexões, debates, sugestões que em muito contribuíram com minha trajetória como pesquisadora, em alguns casos, mais até, afinal quantos risos, abraços e ideias trocamos e ainda trocaremos juntos.

Eliane e Jucélia, amigas de graduação que, após um intervalo, reencontro no mestrado, um reencontro muito feliz.

Inara, Marta, Narciso e Priscila, amigos de uma vida.

Eric, Renata Sabrina, Darlen e Warlington, novos amigos que encontrei no mestrado.

À Flávia Lemos, pela paciência e sugestões.

Ao Ney, ex-secretário do programa, sem seu apoio e carinho, eu não teria chegado até aqui.

À equipe que trabalha comigo no HUIBB, na DIP, serviço que amo, mas que sabemos o quanto é sofrido: Rosemiro, Joelma, Paula Hinvaitt e Paula Affonso.

À Chica Vidigal, esta pesquisa sem você não existiria.

Aos adolescentes que aceitaram participar deste projeto. Por vocês, mais do que ter realizado uma pesquisa, supongo ter me tornado uma pessoa menos pior.

Não poderia esquecer dos pacientes da DIP, cada um com suas histórias, sofrimentos, angústias e amores, preencheram e aliviaram muitas vezes o meu sofrimento como pesquisadora, profissional e, principalmente, pessoal. Recordo com carinho as palavras de uma

delas, já muito debilitada pela aids, uma das últimas sessões quando ela ainda conseguia falar. Eu havia me ausentado por uma semana, sofrendo um grave problema pessoal, e quando voltei para atendê-la, ela colocou a mão no peito e disse: “cada um tem no seu coração coisas tão tristes”.

Meus primos, Noélio e Selma, o apoio de vocês foi fundamental, não daria o primeiro passo sem vocês.

Por fim, à minha mãe, pai e mãe, ambivalência e doçura. Sem o mérito seu, eu não daria passo algum.

RESUMO

Esta dissertação consiste em um trabalho de reflexão sobre a constituição do Eu em adolescentes soropositivos infectados pelo vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV), via transmissão vertical: quando a mãe HIV⁺ transmite o vírus durante o parto, a gravidez ou a amamentação. Apoiada nos fundamentos teóricos psicanalíticos que afirmam a constituição do Eu, a partir das identificações narcísicas e da sexualidade perverso polimorfa da criança, nas quais também estão presentes os complexos de Édipo e de castração, formulou-se a questão: há registros psíquicos da presença do HIV-aids no adolescente soropositivo, contaminado via transmissão vertical? Trata-se de uma pesquisa em psicanálise, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com três adolescentes HIV⁺ pela transmissão vertical, cientes de sua sorologia e em atendimento nas unidades de referências e tratamento a pacientes com HIV-aids. Os resultados da pesquisa reafirmam o Eu corporal, a intersubjetividade do Eu e a presença da alteridade. Mas também evidenciaram que a aids possui referências simbólicas próprias, nas quais persiste o estigma da doença sem cura, uma incisão narcísica que atenta contra a fantasia de imortalidade do Eu, e a associação indiscriminada entre aids e o HIV, tornando-os vítimas de preconceito. Além disso, há a presença de outros conteúdos simbólicos: se por Maria, a mulher foi absolvida do pecado de Eva, na transmissão vertical, Eva se reinscreve em nossas referências psíquicas, confrontando a referência de mãe que eles não teriam tido, ou que a aids forjou.

Palavras-chaves: adolescência, desamparo, HIV-aids, narcisismo, transmissão vertical.

ABSTRACT

This master's thesis consists of a reflection on the constitution of the individual self in HIV-positive adolescents, infected with the human immunodeficiency virus (HIV) via vertical transmission: when the HIV-positive mother transmits the virus during labor, pregnancy or breastfeeding. Supported by the psychoanalytic theoretical basis that affirms the constitution of the individual self, from the narcissistic identifications and the child's polymorphous perverse sexuality, in which are also included the Oedipus complex and castration, the question was formulated: are there psychic records of the HIV-AIDS presence in an HIV-positive adolescent, infected via vertical transmission? This is a research in psychoanalysis, carried out through semi-structured interviews with three HIV-positive adolescents via vertical transmission, aware of their HIV-seropositivity and attending the HIV-AIDS patients' reference and treatment units. The research results reaffirm the Physical self, the intersubjectivity and the presence of the alterity. They also make clear that AIDS has its own symbolic references, in which persist the incurable disease stigma, a narcissistic incision that looks closely at the self immortality fantasy, and the indiscriminate association between AIDS and HIV, making them victims of prejudice. Furthermore, there is the presence of other symbolic contents: thanks to Mary, the woman has been absolved of Eve's sin, but in the vertical transmission Eve revives herself in our psychic references, confronting the mother reference that they would have not, or the one that AIDS has forged.

Keywords: adolescence, abandonment, HIV-AIDS, narcissism, vertical transmission

O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá
E que me sobe às faces e me faz corar
E que me salta aos olhos a me atraíçoar
E que me aperta o peito e me faz confessar
O que não tem mais jeito de dissimular
E que nem é direito ninguém recusar
E que me faz mendigo, me faz suplicar
O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá
O que não tem receita

O que será que será
Que dá dentro da gente e que não devia
Que desacata a gente, que é revelia
Que é feito uma aguardente que não sacia
Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar
Nem todos os unguentos vão aliviar
Nem todos os quebrantos, toda alquimia
Que nem todos os santos, será que será
O que não tem descanso, nem nunca terá
O que não tem cansaço, nem nunca terá
O que não tem limite

O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que me dá
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vêm agitar
Que todos os ardores me vêm atiçar
Que todos os suores me vêm encharcar
Que todos os meus nervos estão a rogar
Que todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo

O que será (à flor da pele) - Chico Buarque

SIGLAS

ARV – Antirretroviral.

AZT – Zidovudina;

DST - Doenças sexualmente transmissíveis;

HIV - Vírus da imunodeficiência adquirida;

LT CD4⁺ - Linfócitos totais;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

PVHA - Pessoas vivendo com aids;

SUS - Sistema Único de Saúde;

TARV - Terapia antirretroviral;

TV - Transmissão vertical;

UBS - Unidade básica de saúde;

URE - Unidade de referência especializada;

UDI - Usuário de drogas injetáveis;

Sumário

De um incêndio, a fagulha para uma pesquisa	12
A apresentação da trajetória	13
Introdução	17
Uma pesquisa em psicanálise	23
Eixo 1 – Alteridade	26
A aids, a transmissão vertical e a vulnerabilidade programática	26
A “invenção” da sexualidade brasileira	36
Adolescência	48
Eixo 2 – Fundamentos Teóricos Freudianos	56
Narcisismo	56
Sexualidade Perverso Polimorfa.....	61
Desamparo	66
Análises	70
Considerações Finais	84
Referências	90

De um incêndio, a fagulha para uma pesquisa.

Em novembro de 2006, eu trabalhava em um município maranhense no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Era a única psicóloga no município, sendo comum prestar serviços à Secretária de Saúde Municipal. Inicialmente, a solicitação do atendimento foi motivada pela recusa em se transportar um paciente muito debilitado e com suspeita de ter aids.

Nenhum motorista da prefeitura aceitava levá-lo ao hospital municipal por receio de que ele “sujasse” o carro (não sei dizer se a sujeira em questão era devido à grave diarreia que o acometia ou um eufemismo para aids). Assim, uma equipe composta por enfermeiro, técnicos de enfermagem, o veterinário, que fazia às vezes de motorista, e eu nos deslocamos até o povoado no qual o paciente em questão residia com a família.

Encontrar sua residência não foi nem um pouco difícil pois a localidade era pequena, e ter várias pessoas à porta da casa olhando para uma janelinha facilitou bastante. Ele estava em um cômodo que tinha uma única janela, deitado em uma rede. Não havia móveis na sala e, exceto pelo ventilador, o único objeto era um saco de estopa estendido no chão embaixo da sua rede.

Ele era casado com uma jovem de dezenove anos, tinham duas filhas com idades entre quatro e um ano. A suspeita da contaminação remetia ao período em que prestou serviços a uma madeireira no sul do Pará e uma pessoa com quem havia se envolvido morreu por complicações causadas pela aids.

Estava muito debilitado, extremamente magro, queixava-se de febre, perda de apetite, sudorese e diarreia. Toda a família estava sob investigação sorológica, aguardando o resultado dos seus exames. Infelizmente, ele faleceu em 1º de janeiro de 2007, antes da confirmação laboratorial. O exame do casal deu positivo, mas as crianças permaneceram em investigação.

Após o recesso do fim de ano, mantive o atendimento pelo período em que continuei no município, acompanhando os relatos de sofrimentos dessa viúva, embora agravados pelas dificuldades financeiras, graças à morte do esposo provedor, mas exasperada pela discriminação imposta pela comunidade, tal como incendiar sua casa e alguns de seus objetos pessoais, proibir que as crianças tomassem banho ou que suas roupas fossem lavadas no único rio que ficava às margens desse povoado.

Tratavam-nas como se a doença fosse um sinal de mau agouro, algo que precisava ser banido e extremamente contagioso, transmitido através do toque ou simples contato com objetos usados por elas. Após a morte do esposo, ela se mudou com as crianças para outro povoado, não apenas pelo medo, mas por preferir morar próxima de seus familiares. Entretanto, a

mudança de endereço não evitou sua estigmatização: ficou conhecida como “a mulher que tinha aids” ou “a viúva de fulano que morreu de aids”.

Sua presença era notada em qualquer festa em que estivesse e, às vezes, apenas por ter dançado com alguém já criavam rumores sobre ter ficado com essa pessoa e sobre o risco de tê-lo contaminado. Era comum, no primeiro dia útil após o contato com ela, haver alguém interessado em fazer o teste anti-HIV no hospital municipal.

Após três meses da morte do ex-marido desenvolveu a aids, passando a tomar a medicação, e já estava namorando um rapaz que ficou em investigação. Até o período em que trabalhei lá, não havia um diagnóstico definitivo das crianças, o que sempre dava uma esperança à mãe da não contaminação das filhas.

Minha saída deste município em 2008 nunca apagou as lembranças do atendimento; ao contrário, as inquietações por ele despertadas acerca do futuro daquela adolescente de dezenove anos, que havia ficado viúva e, em seguida, descoberto que estava com aids, mãe de duas meninas sob investigação para o HIV, todas elas vítimas da intolerância e preconceito, a ponto de serem segregadas por uma comunidade, mobilizaram em mim um interesse científico, cuja pergunta maior sempre envolvia o futuro das crianças: como seria crescer com HIV caso os exames confirmassem a transmissão vertical?

A apresentação da trajetória

Foi este caso, brevemente relatado acima, vinculado à minha atuação no CRAS, mas que, ao longo de um ano de atendimento, ganhou fortes contornos clínicos, que despertou meu interesse sobre o tema. A minha inserção no mestrado intensificou mais ainda o desejo de saber sobre os adolescentes contaminados com HIV-aids pela transmissão vertical, cuja escassez de pesquisas ou material científico, serviu para incrementar meu interesse no projeto: escutá-los, tentando entender o que essa patologia poderia implicar.

A sociedade civil tem acesso sobre a epidemia e seus dados, o número de casos, de vítimas fatais e as infecções por transmissão vertical, também tem conhecimento acerca das formas de contágio e prevenção e que não há cura para a aids.

O meio acadêmico, por sua vez, através dos estudos psicanalíticos investiga a ferida narcísica que o diagnóstico da aids implica até hoje (CEDARO, 2005; MOREIRA, 2002). De

tal modo, não é raro, no hospital de referência a pacientes HIV-aids da região metropolitana de Belém, o Hospital Universitário João de Barros Barreto, a morte do paciente “coincidir” com a descoberta da aids.

Além disso, concomitantemente, é no momento de informar ao paciente sobre o resultado positivo do exame anti-HIV que a equipe médica solicita o atendimento psicológico. Revelar o diagnóstico corrobora o desamparo, tanto do paciente, que vai receber a notícia, como também dos profissionais de medicina ao transmitir o mesmo.

Também sabemos sobre a vulnerabilidade programática: a ineficiência dos serviços de saúde que comprometem ou ameaçam a saúde do paciente com HIV-aids no Pará, discussão a qual pretendo aprofundar mais adiante.

O Ministério da Saúde (2013) informa 144 municípios no estado, cuja população ultrapassa os 7 milhões de habitantes, mas a rede pública de saúde dispõe de apenas 68 leitos hospitalares para atender estes pacientes, sendo 42 na capital e 26 no interior. Para os serviços de testagem e aconselhamento, são 57 Centros de Aconselhamento e Testagem (CTA's).

Portanto, esta realidade aumenta as chances de diagnóstico tardio, agravo por outras doenças oportunistas, transmissão vertical e óbito, comprometendo a perspectiva de uma vida “quase normal”, como afirmam alguns gestores em saúde, principalmente quando se trata de uma doença altamente associada à morte, como é a aids.

De tal forma, ao oferecer escuta a adolescentes HIV⁺ pela via materno-infantil, esta pesquisa, amparada nos aportes teóricos psicanalíticos, visa investigar as representações psíquicas sobre a sua doença e implicações. Afinal, o diagnóstico da aids ainda é uma grave ameaça narcísica, também forçando a convivência com outros estigmas.

A descoberta da síndrome, ou apenas da sorologia, pode destruir a representação identitária do próprio paciente. Se para os adultos contaminados via transmissão horizontal, a saber, por meio de relação sexual com uma pessoa soropositiva ou tendo contato com sangue infectado, é uma fissura narcísica difícil, como então seria nascer à sombra da aids, quando o vírus foi passado pela mãe HIV⁺?

Entre 1980 e 2012, o Brasil notificou 17.819 crianças, menores de 5 anos, com hiv-aids, sendo 1.623 casos na região Norte (BRASIL, 2012a). Apesar do quantitativo significativo, no início da pesquisa em um estudo exploratório, realizado na Unidade de Referência Especializada Materno Infantil e Adolescente (URE-Mia) e na Unidade de Referência em Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (URE-DIP), surpreendentemente não os “encontrei”.

A então dificuldade na liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) impedia meu acesso aos dados oficiais dos respectivos órgãos, mas parecia curioso: o Estado

campeão nos casos de transmissão vertical da região não atendia a estes sujeitos nos respectivos serviços de referência. Onde eles estavam sendo atendidos?

A URE-Dip argumentou a “falta de infraestrutura”, e, assim, eles estariam em atendimento na URE-Mia, que por sua vez também afirmou não atendê-los, pois os mesmos deveriam ser atendidos pela URE-DIP.

E apesar dos obstáculos iniciais de acesso, foi na Casa-Dia, órgão da gestão municipal, que os “encontrei”, conseguindo realizar as entrevistas com os mesmos após um contato inicial com os responsáveis, intermediado pelos profissionais de referência da respectiva unidade.

Os relatos emocionantes dos responsáveis atestavam que, apesar do discurso atenuante de cronicidade da epidemia, esta segue rica em estigmas, e o maior deles é não ter cura, a associação imediata da aids a uma sentença de morte.

De tal forma, os gestores de saúde de ambas as esferas, municipal e estadual, tem sua parcela de responsabilidade ao negligenciar o acesso aos antirretrovirais e o direito ao atendimento de qualidade nos respectivos serviços, tornando-se vilões, seja pela falta de medicação para doenças oportunistas, o número reduzido de leitos ou a ausência de médicos infectologistas.

Estes adolescentes, com idades entre 15 e 17 anos, hoje são “sobreviventes” da mortandade severa dos primeiros anos da epidemia, quando as crianças nascidas com o vírus não completavam os 7 anos de idade. Todos eles perderam sua família nuclear para a doença, pois os progenitores com HIV-aids morreram.

Eles lidam com seus conflitos próprios, acirrados pelo desamparo psíquico, evidenciado e agravado pelo medo da morte que a síndrome provoca. Há também o preconceito inalterado e destinado às pessoas vivendo com aids. Adolescentes soropositivos que tentam ser “normais”, descobrindo e afirmando sua sexualidade, mas também, precocemente enfrentando uma ameaça maior: nascer infectado com o vírus.

Portanto, após a introdução sobre a pesquisa, a escrita estará dividida em dois eixos. O primeiro trata da alteridade, personificada nas representações sociais sobre a sexualidade brasileira, a aids e a adolescência. São as construções sintagmáticas implicadas e envolvidas no tema, pois, segundo Freud (1913), a cultura dispõe do mesmo funcionamento que o indivíduo, lançando mão, ela própria, de uma base mítica.

O segundo é sobre a fundamentação teórica freudiana da constituição do psiquismo, pois, ainda em concordância com o autor, o sentido e o significado do sintoma dizem respeito ao mito individual de cada um de nós (FREUD, 1917). Após então, segue-se a análise das entrevistas e as considerações finais.

Esta disposição é proposital: tal como uma trama de retalhos, que, costurados entre si, formam um belo fuxico de cores e formato ímpar, originando um enredo singular, o qual corroborará com duas afirmativas freudianas: o Eu é uma superfície de representação, constituído através das identificações e pulsões, que culminam no Eu corporal (FREUD, 1923); e a identificação é o laço afetivo mais remoto entre o Eu e o outro (FREUD, 1921).

Introdução.

Não sei quem sou, que alma tenho. Quando falo com sinceridade, não sei com que sinceridade falo. Sou variamente outro do que um eu que não sei se existe (se é esses outros)... Sinto crenças que não tenho. Enlevam-me ânsias que repudio. A minha perpétua atenção sobre mim perpetuamente me aponta traições de alma a um caráter que talvez eu não tenha, nem ela julga que eu tenho. Sinto-me múltiplo. Sou como um quarto com inúmeros espelhos fantásticos que torcem para reflexões falsas uma única anterior realidade que não está em nenhuma e está em todas. Como o panteísta se sente árvore (?) e até a flor, eu sinto-me vários seres. Sinto-me viver vidas alheias, em mim, incompletamente, como se o meu ser participasse de todos os homens, incompletamente de cada (?), por uma suma de não eus sintetizados num eu posição...
Fernando Pessoa

A aids é manifestação clínica do vírus HIV — Vírus da Imunodeficiência Adquirida — cuja ação afeta o sistema imunológico orgânico, destruindo-o, o que permite a ação de doenças oportunistas. A aids não possui uma sintomatologia específica, não há uma forma clara da doença; desta forma, é mais apropriado compreendê-la como uma síndrome.

Uma vez presente no organismo humano, o HIV encontra a célula receptora, os Linfócitos T CD4+, na qual uma de suas proteínas se encaixa como uma chave na fechadura, para abri-la ou trancá-la (BRASIL, 2006). O vírus converte a proteína da célula hospedeira na proteína do parasita, assumindo seu núcleo e ordenando a produção de novos vírus.

A célula hospedeira passa a liberá-los na corrente sanguínea, aumentando a quantidade de vírus no organismo e causando a destruição de mais Linfócitos T CD4⁺; conseqüentemente, compromete as defesas orgânicas, tanto pela destruição celular, como também pelo aumento da carga viral (KAPLAN; SADOK; GREBB, 1997).

Sua ação é uma metáfora apropriada sobre sua insidiosidade: um parasita que transforma o hospedeiro de acordo com suas necessidades e interesses. Porém essa conversão não é suficiente para destronar o Eu e suas reminiscências psíquicas. Para além do físico, há conteúdos psíquicos inconscientes que o vírus não é capaz de cessar, e não somente na clínica da aids.

A concepção de corpo e de sintoma, que sustenta essa pesquisa, ultrapassa os limites biológicos. O corpo é pensado como um “terreno” pulsional, atravessado e povoado por desejos e afetos inconscientes. A observação das históricas permitiu a Freud (1893) a ruptura com o paradigma do corpo físico, indiscutível até então.

A etiologia sintomática estava fundamentada na esfera da vida psíquica, presente, mas ao mesmo tempo ausente, sustentada em conflitos inconscientes de origem libidinal. Ele desapropriou o sintoma do físico, e afirmou o psíquico como o cenário de atividades inconscientes.

[...] Não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos processos somáticos[...] (FREUD, 1940[1938], p. 303).

E seus significados partem de um outro, senão dele próprio, mesmo desconhecendo isso. Contudo, o inconsciente nunca teve como pressuposto ser tomado por objeto da consciência, ao contrário.

Todos os atos e manifestações que noto em mim mesmo, e que não sei como ligar ao resto da minha vida mental, devem ser julgados como se pertencessem a outrem; devem ser explicados por uma vida mental atribuída a essa outra pessoa. Além disso, a experiência mostra que compreendemos muito bem como interpretar em outras pessoas (isto é, como encaixar em sua cadeia de eventos mentais) os mesmos atos que nos recusamos a aceitar como mentais em nós mesmos (FREUD, 1915, p. 175).

Freud (1917) afirmava o inconsciente como o 3º golpe narcísico na história humanidade, após as afirmativas de Copérnico e Darwin. O Eu não ser senhor sequer de si próprio é algo que reverbera de forma severa contra a psicanálise, através de seus opositores, até os dias de hoje, passados mais de 100 anos de seus primeiros textos, cuja obra-marco é o livro “Interpretação dos sonhos”, de 1900.

Na elaboração desta corporeidade pulsional, Freud apontou a existência de uma sexualidade infantil, povoada por desejos incestuosos e ambivalentes, direcionados às figuras de cuidado. A hipótese teórica da cena traumática de sedução é substituída pelas tramas edípicas.

A vida sexual de uma criança é, de fato, inteiramente constituída da atividade de determinados instintos parciais que, independentes uns dos outros, buscam a obtenção do prazer, em parte no próprio corpo do indivíduo e, em parte, já de um objeto externo (FREUD, 1917[1916-1917], p. 321).

Estas fantasias permitem a constituição do Eu, e a sexualidade humana, de forma alguma, deveria ser confundida ou restrita aos genitais, muito menos limitada à reprodução (FREUD, 1905). Ela é constituída através da organização psíquica individual, povoada por desejos recalçados, uma vez que nem todo desejo satisfeito promove a satisfação: alguns ocasionam mais desprazer do que prazer. Logo, o universo anímico é feito de conflitos pulsionais.

A sexualidade humana é composta de elementos inconscientes infantis: as tramas edípicas e os ideais narcísicos, que desconhecem limites e censura; ora, a atividade psíquica é regida pelo princípio do prazer.

Pareados a isso, há os conteúdos filogenéticos empreendendo conteúdos simbólicos, forjados em um terreno histórico cultural, circunscritos no tempo e no espaço, elaborando um capital cultural. Estes ideais culturais, tão valorados pela civilização, implicam o Eu através do Ideal do Eu, ideal erigido, também apoiado nas identificações narcísicas, pelo qual ele se mede, e será medido, permitindo a ocorrência do recalque.

Os conteúdos psíquicos, adquiridos e perpetrados pela psicosexualidade infantil, manter-se-ão no inconsciente por toda a vida, atuantes, significando e construindo significados. Pois, conforme Freud (1917[1916-1917]), apenas as experiências do paciente fornecem sentido ao sintoma, sintoma aqui não tratado como indício de comprometimento ou adoecimento físico, mas como uma manifestação do inconsciente.

Quanto à adolescência, esta não pode ser compreendida ou reduzida às transformações biológicas ou sociais. É o período pós-latência, no qual, muito embora, as pulsões sexuais retornem associadas à possível escolha do objeto sexual, graças à perspectiva real do coito, persistem as tributações da sexualidade infantil perverso polimorfa (Freud, 1905).

Com a chegada da puberdade introduzem-se as mudanças que levam a vida sexual infantil a sua configuração normal definitiva. Até esse momento, a pulsão sexual era predominantemente autoerótica; agora, encontra o objeto sexual. Até ali, ela atuava partindo de pulsões e zonas erógenas distintas que, independente umas das outras, buscavam um certo tipo de prazer como alvo sexual exclusivo. Agora, porém, surge um novo alvo sexual para cuja consecução todas as pulsões parciais se conjugam, enquanto zonas erógenas subordinando-se ao primado da zona genital [...] (FREUD, 1905, p. 196).

Contribuindo à organização psíquica e à constituição do Eu, também acena o narcisismo: o Eu como objeto de amor de si próprio. Os arranjos narcísicos são possíveis mediante a constituição psíquica do Eu, exequível apenas pela insígnia do narcisismo (FREUD, 1914). O narcisismo situa-se entre o autoerotismo e a meta sexual plena, a primazia das zonas genitais em detrimento das zonas pré-genitais da psicosexualidade infantil.

Ao nascer, o bebê é uma “ilha pulsional”, cujas demandas atendem aos interesses exclusivos do Isso. Para Delouya (2010), é o narcisismo que dá a forma e conteúdo ao Eu, corroborando com o que Freud, em “À Guisa de uma introdução ao Narcisismo” (1914), afirmou: uma unidade comparável ao Eu não está presente desde o início, e o seu desenvolvimento é possível a partir do narcisismo.

Os investimentos narcísicos parentais permitem ao bebê recolher para si o prazeroso, repudiando o que lhe causa desprazer ou aversão, forjando-se assim um Eu idealizado, o Eu Ideal. Este afastamento do Isso, através de um processo de diferenciação ocorrido na superfície

do mesmo, culmina na configuração de uma nova instância psíquica: o Eu, agora passível de investimentos libidinais próprios.

E mesmo após a organização do Eu como instância psíquica, o narcisismo nunca será abandonado ou esquecido, pois é uma demanda do próprio Eu, a manutenção do desejo de reassumir a posição de objeto amado: “...o desenvolvimento do Eu consiste em um processo de distanciamento do narcisismo primário e produz um intenso anseio de recuperá-lo” (FREUD, 1914, p. 117).

Contudo, ao assumir a posição de objeto, a dinâmica narcísica tornará possível ao Eu sofrer ameaças e represálias. Quando ele perder a condição de objeto de amor, tornar-se-á um objeto odiado, atacado então pela terceira instância psíquica: o Supraeu. Curiosamente, tudo amparado nas mesmas identificações narcísicas que tornaram possível sua constituição.

Ao introverter o objeto pelas identificações narcísicas, o Eu passa a assemelhar-se a ele, de tal forma que mediante a perda do objeto, o Supraeu agredirá ao Eu, como se atacasse ao próprio objeto ou, culpasse ao Eu pela perda deste. As agressões melancólicas são possíveis apenas pela submissão do Eu ao Supraeu, devido à identificação do Eu com o objeto perdido.

Esta nova instância, desde o texto “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]), vinha se fazendo notar, tendo sido nomeado várias vezes. Em “Luto e melancolia” (1917), também apoiado na dinâmica pulsional, Freud afirma conteúdos agressivos e sádicos do psiquismo. Mas apenas em 1923, no texto “O Eu e o Isso”, a nova instância é finalmente batizada: eis o Supraeu.

Aqui, me aproprio de uma expressão utilizada por Figueiredo e Minerbo (2006): as brechas. São nas brechas da vida anímica, em que o psíquico se revela, que os derivados do inconsciente e de toda economia pulsional se fazem notar.

Entretanto, nas mesmas brechas, porém em sentido inverso, adentram construções sintagmáticas ou ideais, afirmativas do componente social, historicizadas em uma determinada época e período, por uma determinada cultura, estabelecendo um modo de subjetivação. É um imbricamento sutil, mas ao mesmo tempo firme, entre o indivíduo e a alteridade.

Segundo Freud (1912-1913), a constituição psíquica apresenta indubitavelmente efeitos de experiências vividas pelos ancestrais passados; elas, em alguma ocasião, foram adquiridas, sendo inverossímil a ausência de conteúdos filogenéticos na vida pulsional: o Eu é essencialmente intersubjetivo.

Sem a hipótese de uma psique das massas, de uma continuidade na vida afetiva dos seres humanos que permita negligenciar as interrupções dos atos psíquicos causadas pelo passamento de indivíduos, não poderia haver psicologia dos povos. Se os

processos psíquicos não continuassem de uma geração para a seguinte, se cada uma tivesse que adquirir de novo seu posicionamento ante a vida, não haveria progresso nesse campo e quase nenhum desenvolvimento (FREUD, 1912-1923, p. 240).

Ressalto que, com isso, não há desprezo pelo conteúdo da psique, ele persiste, dando sentido ao sintoma, mas este sentido também possui componentes da alteridade, através dos ideais herdados e transmitidos pela cultura. O Eu ideal transmuta-se no Ideal do Eu, quando “podemos dizer que um sujeito erigiu em si um *ideal*, pelo qual mede seu Eu atual...” (FREUD, 1914, p.112). Grifos do autor.

O conteúdo mítico aponta aos ideais erguidos pela sociedade, pois circunscrevem e legitimam aquilo que é reconhecido e valorizado compulsoriamente pela civilização, portanto é impensável nossa isenção, exceto pela via da psicose. Ao interditar nossos desejos sexuais infantis, a alteridade vem de encontro à individualidade, desempenhando uma imposição normatizadora.

A psique é função da história e, ao mesmo tempo, a história determina a constituição da psique. E isto no que diz respeito à noção de certo e errado, de pecado, das posições dos homens e das mulheres, das relações de trabalho, enfim, no que toca a ideologia que sustenta, e muitas vezes justifica, o discurso do poder. (CECCARELLI, 2003, p. 2).

Associado a isto tudo, há a adolescência. Para Cardoso (2011), a adolescência é um momento de ruptura e transformação, processo importante no desenvolvimento da subjetividade, marcada por experiências de ruptura e interrogações incessantes, nas quais é notória a repetição ou a criação.

Também a própria sexualidade tem suas bases míticas, pois as práticas sexuais tornar-se-ão identidades sexuais normatizadoras ao ditar condutas “normais”, aceitas e esperadas, excluindo e marginalizando o que lhe contrapõe. O excluído será depreciado, desqualificado, tornando-se o “anormal” (FOUCAULT, 2001). O “errado” se torna o estranho.

[...] O que se depreende de tudo isto é que o discurso sobre a sexualidade é um artefato criado para lidar com o mistério do sexual que nunca será objetivamente controlado. A ordem discursiva criada pela cultura jamais dará conta desse enigma, cujas manifestações são provas irrefutáveis de que não somos senhores em nossa própria casa. Sendo o inconsciente sexual, suas produções são muitas vezes sentidas, tanto pelo sujeito quanto pela cultura, como algo da ordem do estranho (*Unheimlich*) [...] (CECCARELLI & SANTOS, 2010, p. 23).

A sexualidade brasileira preservou o mito fundador das sexualidades ocidentais: a cena do paraíso, na qual, através dos ideais sexuais judaico-cristãos, o prazer é circunscrito, legítimo ao homem e restritivo à mulher, que ainda está associada à maternidade (VAINFAS, 1986).

Mas, a partir do processo histórico de colonização, elaborou um conteúdo mítico próprio: o “crescer e multiplicai-vos” a serviço da Coroa portuguesa.

[...] A moral sexual é um fato da cultura. Não existe sociedade que não tenha regras a respeito do uso da libido. O controle em relação aos “prazeres da carne” sempre foi, em intensidades diferentes e em momentos sócio-históricos variáveis, um elemento construtivo do ser humano [...] (CECCARELLI & SANTOS, 2010, p. 23).

Para Matheus (2010), essa amarração constrói singularidades, possíveis somente pelo desamparo universal. Deste modo, se entrecruzam os estigmas marginalizantes da aids, a sexualidade brasileira e a adolescência, empreendendo representações sociais próprias. Segue o enredo: ter nascido com HIV, vírus relacionado a uma doença ainda associada à promiscuidade sexual e à morte, e ser adolescente.

A aquisição do vírus pela via sexual forjou um conteúdo social emblemático e, sobre isto, não há o que negar. À época dos primeiros casos da aids, falava-se sobre uma espécie de castigo divino, de doentes punidos por sua devassidão sexual. Aliás, Moreira (2002) afirma ser impossível manter-se surdo ao fato de que a aids, quando não interrompeu, obstruiu uma revolução sexual contra práticas sexuais menos repressivas e conservadoras.

A concentração inicial da aids entre os *gays* e o precário conhecimento técnico, então disponível sobre o HIV-aids, contribuíram para estigmatizar a sexualidade, e mais ainda a homossexualidade, quando eram comuns os termos “peste” e “câncer” *gay* ou rosa, como sinônimos da aids, devido ao Sarcoma de Kaposi, um tipo de câncer raro e agressivo que afeta os vasos sanguíneos, muito comum nas primeiras vítimas fatais da epidemia.

A depreciação imposta socialmente às pessoas vivendo com aids, além de perversa, atribui culpa pelo exercício de sua sexualidade, como se imputasse ao doente uma responsabilidade pelo contágio: ao assumir o risco em uma “transa” efêmera, não abdicando de um prazer lascivo, ele “procurou” a doença. Isto ratifica o que Freud, com propriedade, afirmou:

[...] a civilização atual deixa claro que só permite os relacionamentos sexuais na base do vínculo único e indissolúvel entre um homem e uma mulher, e que não é de seu agrado a sexualidade como fonte de prazer por si própria, só se achando preparado para tolerá-la porque, até o presente momento, não existe substituto como meio de propagação da raça humana (FREUD, 1930 [1929], p. 110).

Não causam estranhamento o preconceito e a discriminação destinados aos pacientes HIV⁺, não apenas pela ameaça narcísica, que é diagnóstica, recordando nossa finitude inexorável. Mas a contaminação através do sexo parece ter outorgado ao paciente HIV⁺ a sua

incapacidade de recusa, privilegiando seus interesses egoístas e, assim, seu desprezo pela renúncia pulsional, tão almejada e valorizada pela civilização, por fim, contaminando-se.

No cenário traçado pela aids, a parte mais cruel, penso eu, é destinada aos infectados pela via materno-infantil, justamente pelos ideais envolvidos nessa trama. Ora, não fomos acostumados a pensar a mãe como aquela que dá vida?

A maternidade é o símbolo maior do amor puro e abnegado, um mérito mariano, talvez. Todavia, a transmissão vertical macula este mito, através da intimidade desagradável, porém real, entre o dom da vida e a ameaça da morte: o bebê, contaminado ao nascer ou na amamentação, já nasce à sombra do emblema letal do HIV-aids.

A mãe, ao transmitir o vírus à criança, inadvertidamente, a expõe às respectivas representações culturais do mesmo, nas quais também estarão imbricadas a idealização da infância e adolescência, que, embora garbosas e joviais, conviverão com adversidades, nas quais medicações, exames, doenças oportunistas e efeitos colaterais são regra, não exceção. Se a infância e a adolescência são belas “fases”, o HIV empreende “deformações”, as quais não existe licença ou isenção.

Uma pesquisa em psicanálise

A compreensão de Eu (*Ich*), que sustenta esta pesquisa, está fundamentada nos textos freudianos. Portanto, o Eu não se confunde com uma personalidade, uma identidade, um self ou um Ego, apesar do termo *Ich* ter sido erroneamente traduzido por Ego, na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud pela Editora Imago (1996), cuja tradução não respeitou o original em alemão.

O Eu não é uma unidade subjetiva coerente, na qual o indivíduo se percebe e deseja ser reconhecido, como uma identidade, permitindo sua identificação no meio, no qual ele está inserido, desempenhando, compulsoriamente, papéis pré-determinados.

O Eu compreendido por esta pesquisa resulta de processos identificatórios, ou seja, das identificações nos investimentos libidinais que o Isso tem que abandonar, e da própria atividade pulsional. Conforme Laplanche & Pontalis (2001), ao ter contato com a realidade exterior, o Eu se difere do Isso, configurando-se como objeto de amor a ser investido pelo próprio Isso.

O Eu é constituído através das representações inconscientes, cujos pilares são as reminiscências das tramas eróticas da sexualidade infantil perverso polimorfa e as identificações narcísicas.

Havendo uma sobreposição indissociável entre o ontem e hoje, atuante através das recordações e pelas entrâncias, sem sentido aparente, mas por um conteúdo sintagmático, que apenas ele dá conta. E o sentido advém das fixações ocorridas no passado sexual infantil, cujas recordações se repetem ao longo da vida, apoiadas nas relações transferenciais entre o Eu e o outro.

A peça que o Eu representa no palco de seu teatro vem sendo elaborada e reelaborada inúmeras vezes desde os primórdios de sua constituição. Sem mesmo se dar conta, o Eu repete os enredos infantis [...], se reatualizam conflitos intrapsíquicos fundamentais, assim como as lembranças — reais ou encobridoras —, situações traumáticas, enfim, os movimentos pulsionais em busca de satisfação. O desfecho final pode levar a *happy end*, como o orgasmo, ou ser gerador de angústia e inibição [...] (CECCARELLI, 2013, p. 75). Grifos do autor.

A escolha da entrevista como estratégia de pesquisa permite não apenas a oportunidade de escuta desses adolescentes, mas oportuniza sustentar o desejo de escuta, de tal forma que a entrevista é apoiada na escuta flutuante do entrevistador e a associação livre do entrevistando.

Ao planejar esta pesquisa, parte-se para a investigação de um sintoma para além do físico, um entrelaçamento indissociável entre o biológico mensurável e o psíquico, perspectiva esta muitas vezes desprezada, menosprezada e questionada pela medicina e outras ciências exatas.

Aliás, segundo Figueiredo (1998), se, em prol da cientificidade, a psicologia desprezar seu objeto, a saber, o homem, aproximar-se-á do rol das ciências mecanicistas, mas com um custo significativo à mesma, pois, ao almejar a lógica das ditas ciências racionais, menosprezando seu objeto de estudo, esvaziará seu campo científico, justamente pela negativa do seu objeto de pesquisa.

Disse-lhes que a psicanálise começou como um método de tratamento, mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento, e sim, por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais interessa aos seres humanos — sua própria natureza [...] (FREUD, 1933[1932], p.154).

Não se pode confundir a pesquisa em psicanálise com a pesquisa psicanalítica, mas pode-se e deve-se sustentar a atitude clínica da psicanálise na pesquisa em psicanálise: a escuta.

De acordo com Freud (1912), o “rumo” da escuta está não no direcionamento, mas em manter a atenção continuamente suspensa diante de tudo o que se escuta, o que permite a perspectiva de surpreender-se diante ao conteúdo do discurso do entrevistando, pois o conteúdo inconsciente não se apresenta na lógica temporal.

Os impulsos inconscientes não desejam ser recordados da maneira pelo qual o tratamento quer que sejam o sejam, mas esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação. Tal como acontece aos sonhos, o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos dos sonhos; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real [...] (FREUD, 1912, p.119).

Conforme Figueiredo & Minerbo (2006), o conteúdo que a entrevista oferece ao pesquisador é descoberto e sustentado pela e na interpretação analítica, graças à transferência e contratransferência, presentes na relação analítica que se apresenta e se desenvolve entre o entrevistado e o entrevistador.

[...] mais do que as condutas pautadas pela rigidez e pelo pragmatismo, cabe-nos aprender a valorizar também (e de sobremaneira) a arte da espera e do adiamento, transformando-nos e aos próprios instrumentos de pesquisa se a relação com o “objeto” o demandar. Isto significa perceber que o conhecimento reside *na alteridade*, na abertura de espaços para o novo e mesmo para o desconcertante, incluindo-se aí tudo aquilo que escapa à procura racional: os afetos, as surpresas e, com eles, uma — por vezes angustiantes, mas também potencialmente criativa — sensação de incompletude (SOUZA, 2012, p. 139). Grifos do autor.

A entrevista é um estudo tecido ao redor do sintoma, recortando-o, não é um experimento de verificação, como no campo das ciências positivas, dominantes na academia. A pesquisa em psicanálise não deseja comprovar ou validar hipóteses, mas dar sentido ao que é dito, cuja construção passa indubitavelmente pela transferência, que reedita as tramas psíquicas do entrevistado.

Eixo 1 – Alteridade

Aids, a transmissão vertical e a vulnerabilidade programática.

*“Senhoras e senhores
Trago boas novas
Eu vi a cara da morte
E ela estava viva
Eu vi a cara da morte
E ela estava viva - viva!”
Boas novas – Cazuzá.*

A partir dos últimos anos de 1970, quando surgem os primeiros casos de aids, e os dias atuais, a epidemia completa cerca de 35 anos, tendo causado a morte de 29 milhões de pessoas (UNAIDS, 2011, p 17), contudo, alguns aspectos permaneceram inalterados. A aids persiste assombrando o mundo da mesma forma: uma síndrome sem cura, perigosas doenças oportunistas e um vírus de ação temerosamente letal.

A primeira notificação da aids no Brasil é de 1980. A chamada “primeira fase” da epidemia abrange o período de 1980-1986, cujas vítimas, em sua maioria, eram homens jovens, de alto nível socioeconômico e homossexuais. A “segunda fase” vai até 1991, atingindo os usuários de drogas injetáveis — UDI, implicando em aspectos de pauperização e interiorização da epidemia.

De 1992 até os dias atuais, a “terceira fase”, afeta as mulheres heterossexuais e monogâmicas, evidenciando a feminização da epidemia no país (BRASIL, 2006, p. 121). E em todas as fases, permaneceu inalterada a representação social da aids como sinônimo da morte.

Somente no ano de 1983, o vírus HIV é isolado e identificado como o agente causador da aids, após uma disputa severa entre cientistas franceses e americanos sobre o mérito da revelação. Apenas em 1984, o teste Elisa — Enzima Imuno Ensaio — permitiu a descoberta do vírus nas pessoas, antes eram os sintomas que identificavam os pacientes, um evidente diagnóstico tardio da aids.

No mesmo ano, o jornal *Notícias Populares* trazia na capa a manchete: “Peste-gay já apavora São Paulo”. A notícia indica o pânico provocado pela aids, e ratifica os ideais sexuais da cultura ocidental, fantasiando a exposição do vírus ao universo dos homossexuais e heterossexuais, com uma bissexualidade clandestina. Todavia, discorrer sobre a discriminação de grupos e suas práticas sexuais, não é o escopo principal desta pesquisa.

Em 1990, aos 31 anos, morre Cazuzza, Agenor de Miranda Araújo Neto. O primeiro artista brasileiro, que encarou o público e a mídia, assumindo e revelando a presença da aids no seu corpo, encarnando a “cara da morte”, ou “uma vítima da Aids agoniza em praça pública”, como destacou uma revista *Veja*, na época.

“Aidético” era o predicativo destinado a alguém com HIV-aids, um termo pejorativo e preconceituoso. Ainda não se distinguia entre os que tinham apenas o vírus e os que já desenvolviam a síndrome, causando uma generalização violenta, impregnada de preconceitos tão ou mais perniciosos do que as doenças oportunistas.

Os boatos sobre a aids significavam não apenas bisbilhotar sobre a sexualidade de alguém, mas em dizer, em outras palavras: o aidético, que contraiu a aids “pecando”, vai morrer. Tinha-se muito medo de um “aidético”, marginalizado e abandonado, à espera da morte e agredido, duplamente, pelo adoecimento físico e pela ignorância preconceituosa.

Este termo foi substituído pelo “soropositivo”, o que reduzia a pessoa à patologia. Hoje, o termo deveria ser “pessoa vivendo com aids”, um cidadão com direitos assistidos pela Constituição Federal, mas, lamentavelmente, seus direitos ainda são desrespeitados no aspecto médico-assistencial e na discriminação persistentes. Neste período, mais de 6 mil brasileiros viviam com aids.

Em 1991, a OMS — Organização Mundial de Saúde — informa o número de 10 milhões de pessoas HIV⁺, instituindo o laço vermelho como o símbolo mundial na luta contra a aids. A euforia da descoberta do vírus passou, pois não houve avanços significativos no tratamento dos pacientes, e a aids seguia incurável.

O Brasil acumulava mais de 22 mil pessoas com HIV-aids, e o Ministério da Saúde começava a distribuição gratuita do AZT. Desnudava-se a feminização, a interiorização e a pauperização da epidemia no país. E a aids, há muito, deixara de ser uma doença de bicha, drogado, prostituta ou de rico devasso.

De 1980 a junho de 2012, foram 656.701 casos de aids no Brasil. Apenas em 2011, 38.776 pessoas contraíram o HIV (BRASIL, 2012a, p. 2). A incidência da aids entre os sexos, no período acumulado, é 426.459 casos entre os homens, e 230.161 entre as mulheres, uma proporção que diminuiu ao longo dos anos.

Em 1985, para cada 26 homens contaminados, haveria 4 mulheres infectadas. Em 2010, essa relação era de 1,7 homens para cada caso em mulheres (IBIDEM, p.4). Embora tenha diminuído a razão entre sexos, no que diz respeito ao número de novas notificações da aids, a partir de 2000, na faixa etária de 10-19 anos, há mais mulheres do que homens com aids (IBIDEM, p. 5).

No Brasil, a aids é a principal causa de morte de mulheres com idades entre 30-39 anos, e nas regiões Norte, Sudeste e Sul, é uma das principais causas de morte de mulheres com idades entre 20-29 e 40-49 anos (BRASIL, 2012b, p. 205). Desse modo, a mortalidade da doença é maior entre as mulheres, isto é, a “cronicidade” expõe uma feminização cruel e perversa da epidemia: a aids mata mais mulheres do que homens no Brasil e no Pará.

Uma vez no organismo humano, o HIV estabelece uma ligação ao receptor da superfície celular, principalmente os linfócitos T-CD4, ocorrendo uma fusão celular entre o vírus e hospedeiro: o RNA do vírus converte o DNA da célula humana, ocasionando uma integração — o pró-vírus — no genoma celular do hospedeiro.

O pró-vírus passa a produzir RNA mensageiro, e essas proteínas virais produzirão novos genomas do HIV, que serão liberados pela célula hospedeira para o seu meio circundante, permanecendo no fluido extracelular ou infectando outras novas células de linfócitos T-CD4.

A destruição dos CD4 afeta diretamente o sistema imunológico humano, tornando-o vulnerável às doenças oportunistas, e o aumento da carga viral no organismo perpetua o ciclo contínuo de funcionamento do vírus. Destruir e multiplicar, esta é a ação do HIV no corpo humano, e a atuação dos antirretrovirais é impedir a destruição de linfócitos T-CD4, conseqüentemente, reduzindo a carga viral.

O Brasil foi o país pioneiro no tratamento dos pacientes HIV-Aids, aliás, o modelo brasileiro é referência no enfrentamento à epidemia. A lei 9.313 garantiu o acesso, universal e gratuito, dos antirretrovirais às pessoas HIV⁺ (BRASIL, 2010, p. 21). Antes, era por medida judicial, ou pelas condições financeiras do paciente, assim, indisponível ou tardio à maioria dos doentes. No período de 1980-2011, a aids matou 253.706 brasileiros (BRASIL, 2012a, p. 13).

Atualmente, a articulação política de grupos conservadores no Ministério da Saúde tem gerado severos entraves no combate à epidemia, causando o rompimento entre as ONG's e o governo. Todas as conquistas históricas na luta contra a aids devem-se à participação dos movimentos sociais, hoje descontentes com valores morais que estão sendo recrudescidos pelos fundamentalistas obtusos.

A estável curva numérica dos últimos 12 anos permite, segundo as autoridades em saúde, afirmar uma cronicidade epidêmica no país, embora os números permaneçam altos: foram mais de 38 mil novos casos em 2011. E novos cenários endêmicos impõem desafios e questionamentos sobre as políticas de saúde pública.

Houve um aumento de casos de aids nas regiões Sul (28,8/100.000 hab.) e Norte (20,6), ultrapassando o Sudeste (17,6), que apresentou uma redução de casos, seguida pelo Centro-Oeste (15,7), e por fim, o Nordeste (12,6) (BRASIL, 2012b, p. 83).

A incidência de 20,6/100.000 habitantes no Norte, significa um acréscimo de 237,7% nos casos de aids na região. Em 1998, a incidência era de 6,1/100.000 habitantes, passando para 20,6% em 2010; todos os estados nortistas apresentaram um crescimento da epidemia: novos casos, óbitos e transmissão vertical (BRASIL, 2012c, p. 25).

A situação epidemiológica do Pará é alarmante. A aids no estado faz um percurso macabro, cujas falhas na Atenção Primária e Secundária são solos férteis para as estatísticas da epidemia, não apenas no âmbito regional, mas nacional, muito embora os gestores locais argumentem que o aumento dos casos ocorre, justamente, pelo aumento da cobertura da Atenção Básica, que notifica um número maior de novas infecções pelo HIV.

A vulnerabilidade programática — ineficácia dos serviços de Saúde — é um obstáculo sério no enfrentamento ao HIV-aids no Pará. Foram 9.092 vítimas fatais entre 1980-2011 na região, e o estado é líder regional, notificando 4.700 óbitos no mesmo período. Em 2011, 505 pessoas morreram no Pará devido à aids, cujo coeficiente de mortalidade (6,6%) ultrapassou o coeficiente nacional e o regional em 6,3% e 5,7%, respectivamente (BRASIL, 2012a, p. 13 e p. 14).

Em 2011, na capital do estado, a notificação da aids como critério de óbito, isto é, o diagnóstico feito após a morte do paciente, foi de 37,17%: mais uma vez superou os índices nacional (31,64%), estadual (37,25%) e regional (36,78%) (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico tardio é uma realidade em Belém, e falhas na Rede Básica de Saúde, que deveria oferecer o teste rápido preventivamente, contribuem para a incidência dos números de óbitos em decorrência da aids. Quanto maior o intervalo entre a descoberta da sorologia e o início do tratamento, maiores os riscos de adoecimento, transmissão e morte.

Com 12.263 notificações acumuladas, o Pará é líder regional em número de casos de aids, e ocupa a 12^o posição entre os estados do país (19,1%). Belém é a 5^a capital nacional (40,8%), e a 3^a capital da região nos números de novos casos, atrás de Manaus e Boa Vista (BRASIL, 2012a, p. 1, 17 e 18). Isto é, a detecção não é do vírus, mas da síndrome, indicando que o paciente procurou o serviço de Saúde somente quando adoeceu.

Dentre os vinte municípios da região Norte com população acima de 20 mil habitantes, e de maior incidência de casos de aids, dez são paraenses. Todos estão acima da média nacional (20,2%), e quatro deles abrangem a região metropolitana do estado: Belém (40,8), Paragominas (34,2) Ananindeua (33,5), Tucuruí (29,3), Castanhal (29,0), Marituba (27,1), Bragança (27,0) Benevides (26,5), Redenção (26,1) e Marabá (23,0) (BRASIL, 2012 a, p, 19).

A reportagem “Pará retém dinheiro de combate à aids”, do jornal *O liberal*, publicada em 18 de dezembro de 2011, revelou que as falhas que comprometem o combate à epidemia no Pará, e na própria região norte, não ocorrem por falta de recurso.

De acordo com a mesma, houve o repasse de mais de R\$ 1 milhão em verbas, pelo Ministério da Saúde ao estado, através do Programa Nacional de Doenças Transmissíveis e Aids. Contudo, o recurso, apesar de disponível, não foi usado, estava parado nas contas da Secretarias de Saúde do Estado e de outros cinco municípios paraenses.

Os municípios paraenses que menos usaram este recurso foram: Parauapebas, que dispunha de R\$ 128,4 mil há 21 meses, e a capital, Belém, que não executou um centavo dos R\$ 602,6 mil disponíveis há 10 meses.

Segundo Pedro Chequer, coordenador da Un aids no país, a região Norte possuía, então, há 14 meses, um saldo de R\$ 9 milhões para investir no combate à aids. E, tal como o Pará, outros estados da região, Roraima e Tocantins, também não usavam o recurso, intocável por 39 meses e 48 meses, respectivamente.

Os números da epidemia no Pará indicam a inoperância do SUS no estado, cujas severas falhas na área de Atenção Primária ratificam o descaso dos gestores de saúde nos seus respectivos órgãos competentes. Município e Estado persistem em um descompromisso arriscado que repercute, diretamente, no diagnóstico tardio do paciente.

Quando falha a Saúde Básica, leia-se, Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), há o aumento do número de novas infecções, mortes e de casos de transmissão vertical e, obviamente, o aumento dos gastos públicos com esses pacientes devido à internação, tratamento mais complexo e oneroso ao SUS. Prevenir é mais barato, mas politicamente, talvez, não tão interessante.

Por outro lado, é óbvia a relação entre a feminização da epidemia e o risco de transmissão vertical. Entre 2000-2009, havia 54.218 grávidas HIV⁺, e entre o ano de 1997 a junho de 2010, 13.676 crianças menores de 5 anos contraíram o HIV. Apesar da diminuição de casos de aids em menores de cinco anos desde 2000, no Brasil, a erradicação da transmissão vertical é um desafio nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2011, p. 337).

Exceto o Acre, nos demais estados nortistas houve um crescimento de casos de aids entre crianças menores de 5 anos. No Pará são 5,4 casos para cada 100 mil habitantes, isto é, a cada 100 mil, 5,4 crianças nascem contaminadas com o HIV transmitido pela mãe, ultrapassando a média nacional de 3,5% (BRASIL, 2012c, p. 20). Entre 1980-2012, o país registrou 17.819 crianças com AIDS; na região Norte, 1.623; e no Pará, 673 (BRASIL, 2012a, p 7).

No primeiro semestre de 2012, 3.426 grávidas foram diagnosticadas HIV⁺ durante o parto, sendo 323 na região Norte, e 133 no Pará (BRASIL, 2012a, p.22). Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, este ainda é baixo em comparação ao resto do país: menos de 50% das mulheres fazem pré-natal na região; da mesma forma, é baixa a testagem para gestantes e crianças expostas ao HIV.

A transmissão do HIV da mãe para o bebê é responsável por 85% das infecções de aids em crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2012c, p.20). Diante disso, o Governo Federal estabeleceu como meta reduzir a transmissão vertical para menos de 2% até 2015, lançando várias estratégias específicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a “Rede Cegonha” (2011).

São medidas para assegurar às mulheres atendidas pelo SUS uma assistência adequada, mais segura e humanizada. Iniciada na confirmação da gravidez, no pré-natal e o parto, e assistindo o bebê até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011, p. 344 e 345), e apesar destas estratégias, o governo estima que serão quase 12 mil novas gestantes infectadas (BRASIL, 2011, p 340). Isto é um sinônimo da cronicidade, ou a evidência do insucesso da Atenção Básica de Saúde?

Em 24 de março de 2013, o Jornal *O Liberal* publicou uma matéria sobre o aumento progressivo do número de grávidas HIV⁺ na Santa Casa de Misericórdia de Saúde, a referência hospitalar materno-infantil da região. Em 2012, 171 casos, dos quais 29 foram descobertos durante o parto, 51 ocorrências a mais do que em 2011, e no primeiro trimestre incompleto de 2013, 30 casos de HIV-aids em parturientes já haviam sido notificados. A idade das mães também preocupava, a maioria no intervalo dos 20 a 30 anos, e com pelo menos uma gravidez anterior.

A erradicação da transmissão vertical é possível se as medidas cabíveis forem adotadas no pré-natal, parto e puerpério, entretanto, sem qualquer intervenção, as taxas de transmissão vertical situam-se entre 25% e 30%, sendo 25% intrauterinos e 75% durante o parto. A amamentação é um risco adicional de contágio, entre 7 a 22%, mas se a carga viral materna estiver muito alta, atinge 29%.

Desde 2002, o teste anti-HIV é obrigatório no pré-natal. E em 2006, o Ministério da Saúde incluiu como prioridade no Pacto pela Saúde, visando conter a mortalidade materno-infantil, a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2011. p. 337).

A contaminação de uma criança com HIV é criminosa, cuja responsabilidade não deve recair sobre a mãe, em geral, desconhecidora de sua própria sorologia, mas no gestor em saúde, que não garante a execução da Política Federal de Saúde.

As dificuldades da rede em realizar um pré-natal de qualidade e prover diagnóstico laboratorial do HIV resultam em identificação insuficiente de gestantes portadoras do HIV, encontrando-se a cobertura especialmente baixa naquelas provenientes de camadas populacionais sabidamente de maior vulnerabilidade/risco para o HIV e outras DST. Dessa maneira, o acesso às intervenções estabelecidas para as gestantes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos não estão sendo garantidas para essa população (BRASIL, 2006, p. 102).

A Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, preconiza o uso da TARV, a partir da 14ª semana de gravidez, precedendo de avaliações periódicas sobre o estado imunológico e viral da grávida. A terapia antirretroviral é introduzida somente neste período, para assegurar a formação do bebê, pois não há estudos conclusivos sobre os efeitos dos antirretrovirais no primeiro trimestre gestacional, período fundamental à formação neurofisiológica da criança.

Mas se a condição clínica da mãe é grave, é indicado reavaliar a introdução antecipada da TARV, sempre esclarecendo-a sobre os riscos, tal como a importância da medicação. Esta lacuna possibilita que algumas crianças possam vir a óbito subnotificadas, isto é, falecer sem a confirmação da sorologia.

Quando a sorologia materna não é precisa, mas o quadro sintomático é sugestivo de alguma outra DST ou uma doença oportunista, na mulher ou no companheiro desta, é iniciado o uso do coquetel em qualquer momento do pré-natal, sempre respeitando o primeiro trimestre gestacional e o quadro clínico da mãe.

Lamentavelmente, no Brasil, muitas mulheres descobrem-se soropositivas durante a gravidez: isto reafirma a importância do pré-natal mas, ao mesmo tempo, indica o fracasso das campanhas de conscientização sobre o HIV-aids, da política de direitos reprodutivos e de falhas na Atenção Básica de Saúde. Talvez, mais um aspecto contemporâneo da cronicidade.

O risco maior de transmissão vertical é durante o parto e a amamentação, por isso a importância da identificação precoce da sorologia. Quanto maior a carga viral materna, maior a indicação de uma cesárea eletiva (a partir da 36ª semana de gravidez).

Em caso de parto normal, o AZT é preventivamente introduzido, e o parto deverá ser o menos invasivo possível: evita-se a episiotomia (corte no períneo para ampliação do canal de saída do bebê) e a amniotomia (ruptura artificial da membrana fetal); tudo para reduzir o contato do bebê com o sangue materno e o líquido amniótico.

A carga viral materna elevada e o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas são os principais fatores relacionados à transmissão vertical durante o parto. O contato do bebê com outras secreções cervicovaginais e a amamentação incidem nos riscos da transmissão vertical.

A amamentação é uma exposição recorrente do bebê ao vírus, exigindo práticas de cuidados, de controle e investigação para o HIV. O uso dos antirretrovirais durante a amamentação não impede a transmissão do vírus, portanto, a amamentação é totalmente contraindicada, devido à alta concentração de vírus no leite materno; também é proibida a amamentação cruzada, a alimentação mista ou uso de leite pasteurizado.

Na tentativa de se atenuar o sofrimento psíquico da mãe em não poder amamentar, além de suporte multidisciplinar, é necessário promover a suspensão da produção do leite, recorrendo-se a medicamentos, ou, em casos extremos, ao enfaixamento das mamas por 10 dias, quando a medicação inibidora não produziu o efeito esperado, ou não está disponível.

Se a mulher é HIV⁺, mas há imprecisão sobre seu quadro clínico, carga viral ou profilaxia contra o HIV-aids, mantém-se o uso do AZT endovenoso antes do parto e, no caso de uma cesariana, a indicação é de até três horas antes da cirurgia, até o clapeamento (ligamento) do cordão umbilical. O bebê tomará AZT nas duas primeiras horas após o parto, sendo mantido até o 42º dia.

Apesar de todas as medidas e diretrizes sobre os direitos reprodutivos e direitos das mulheres, há perigosas dissonâncias entre o que é preconizado e a realidade na Saúde Pública. Mais um aspecto que respinga na cronicidade da epidemia.

Em 2011, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos — Sinasc — registrou um total de 2.913.160 nascimentos no país. Em 561.888 destes, a idade das mães variava entre 10 e 19 anos de idade, e em outros 779.269, as mães tinham de 20 a 24 anos (BRASIL, 2013b).

Também neste período, nasceram 141.974 crianças no Pará. Em 39.043, as mães tinham idades entre 10-19 anos, e em outras 45.520, a idade materna girava em torno dos 20 a 24 anos (IBIDEM). A precocidade das parturientes atesta a ineficácia ou ausência de qualquer política de planejamento familiar e de direitos reprodutivos, e também o não uso do preservativo, incorrendo no risco da mulher contrair o HIV.

Não é apenas “correr o risco de contrair uma DST” ou uma gravidez não planejada, deflagrados em uma relação sexual, muitas vezes sem afeto, sem o desejo de amar, como nos casos de exploração sexual. Mas a camisinha pode ser menosprezada pela afirmativa do afeto, ou justificada pela incapacidade em negociar o uso do preservativo, revelando uma assimetria de poder nas relações de gênero, e a fantasia da fidelidade como barreira de proteção.

Historicamente, o sexo é uma moeda de troca que garante, senão a sobrevivência, a satisfação de necessidades mais básicas, pois quando a assistência do Estado falha, infelizmente, lança-se mão de outras estratégias de sobrevivência.

O sexo é constituído a partir de relações de poder, fundamentadas em assertivas moralistas, misóginas e sexistas, que empurram, principalmente, a sexualidade da mulher e dos *gays* à marginalidade, à violência e à culpa, esvaziando e depauperando os afetos envolvidos.

O sexo é tributado, compulsoriamente, em tabus e mitos sexuais civilizados, úteis para discriminar, acusar e culpabilizar. O abandono do grupo de risco não o extinguiu no imaginário social e, por que não dizer, infelizmente em algumas práticas institucionais, muitas vezes, mascaradas na falácia da cronicidade. Afinal, é muito mais fácil insistir na associação entre *aids*, *gays* e prostitutas, uma manutenção da nossa moral sexual.

As prerrogativas da sexualidade e de seus exercícios continuam sendo vistas culturalmente como práticas depreciativas, um pesado tributo, principalmente, às mulheres, que até hoje pagam por uma sexualidade forjada em Eva e no Éden judaico-cristão, no qual o “crescer e multiplicai-vos” foi extremamente útil ao processo histórico da colonização brasileira, hoje atualizado na vanguarda da exploração sexual e nas desigualdades das relações de gênero.

Isto posto, é contraditório, frustrante e desafiador que o modelo de enfrentamento da *aids*, elogiado e copiado, confronte-se com uma realidade política e economicamente débil, nas quais a ineficácia das políticas preventivas também insiste em desprezar os conteúdos subjetivos da sexualidade, lançando mão de campanhas preventivas, quando há campanhas permeadas de conteúdos morais.

Ora, prescrever e submeter a realidade da epidemia a mecanismos normatizadores de funcionamento, tão usuais nas pírias campanhas preventivas, tal como o “use camisinha” ou o “fique sabendo”, despreza todo conteúdo anímico, uma tentativa fracassada de alienação de si próprio e de seus desejos.

A imposição de uma confissão vexatória do risco de amar, do ter prazer com o risco, ou do fracasso da fantasia da fidelidade como barreira de proteção contra a *aids*, também acaba esbarrando na discriminação, no medo da morte, na desinformação e na ilusão de que ainda a *aids* pertence ao universo dos pecadores.

Abolir e proibir o termo “aidético”, substituído pelo “soropositivo”, foi uma franca tentativa de amenizar o impacto que a *aids* trouxe e que ainda representa à vida das pessoas. Um discurso proliferado de ambiguidade, controle e vigilância, subtendendo-se censura ou prescrição da sexualidade: tratando-a como se houvesse uma bula a qual prescreve os possíveis efeitos colaterais e a indicação de funcionamento.

Sabe-se hoje o elevado preço que a sociedade está pagando por ter assimilado a Aids a grupos minoritários os quais, por sua vez, puderam se organizar melhor e se proteger. Ao insistir em circunscrever a Aids aos chamados “grupos de risco” — falou-se mesmo em “peste gay” — e defini-la como “castigo de Deus” e outras tantas disposições que traduzem uma rigidez moral, evitou-se, com efeito, abordar o tema da questão: a sexualidade e de suas práticas (CECCARELLI, 2013, p. 71)

Ao não compreender o sexual, menosprezando-se a subjetividade, renega-se mais do que a individualização: renega-se o prazer do uso do próprio prazer. Talvez, quem sabe quando houver uma produção em série do prazer, o risco possa, quando não for extinto, pelo menos ser controlado por um “controle de qualidade”.

A afirmativa da cronicidade garante a alguns gestores a perspectiva de “dormir tranquilo”, como declarou na 19ª Conferência Internacional de Aids, em 2012, o senhor Dirceu Grecco, ex-diretor do Departamento de DST-aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Entretanto, George Gouveia, psicanalista e coordenador do Grupo Pela Vida – RJ, discorda e afirma: “(...) a estatística está sendo usada em prol do escárnio com a vida humana. Não é possível se resignar com isso” (RADIS, 2012, p 10).

A aids persiste como uma epidemia silenciosa e sorrateira, que perigosamente começa a ser tratada de forma negligente. Os avanços e as conquistas do passado não extinguiram a transmissão vertical, e o sexo segue como a forma primordial de contágio. Há 630 mil brasileiros vivendo com HIV-aids, e 200 mil em tratamento com os antirretrovirais, mas outros 255 mil desconhecem sua sorologia (BRASIL, 2013c). É um risco potencialmente trágico da cronicidade à transmissão, infecção e morte.

O que a aids desvela, a partir das doenças oportunistas, é um corpo que adocece e padece em um sofrimento, não apenas da ordem do físico, mas do histórico, político, social e psíquico. Um desafio impregnado de ranços morais e disparidades socioeconômicas, desprezando todo o conteúdo psíquico daquele paciente, daquele que se arrisca em relações afetivas assimétricas.

O governo oferece a alternativa de evitar o contágio e tratar o paciente HIV, mas há um desafio maior em erradicar e curar as disparidades históricas, sociais e políticas, tendo, ao mesmo tempo, de lidar e legitimar a subjetividade. Das maledicências da aids, a pior delas parece ser a mais silenciosa: a sexualidade — esta tornou-se risco de vida.

A “invenção” da sexualidade brasileira.

*Não existe pecado
Do lado de baixo do Equador
Vamos fazer um pecado
Rasgado, suado
A todo vapor...
Deixa a tristeza pra lá
Vem comer, me jantar
Sarapatel, caruru
Tucupi, tacacá
Vê se me usa, me abusa
Lambuza
Que a tua cafuza
Não pode esperar...*

Não existe pecado ao sul do Equador — Chico Buarque de Holanda

Antes de tudo, é preciso deixar claro: o tema aqui abordado não tem a audácia de concorrer com Foucault e a história da sexualidade (1988, 1985, 1984), muito menos propõe ser um profundo estudo histórico ou etnográfico sobre a história da sociedade brasileira, não há fôlego.

A “invenção” é um trocadilho no título, e o texto a seguir se interessa pelos mitos de origem, nos quais a sexualidade brasileira é marcada não apenas pela miscigenação, como Prado (1981) e Freyre (2000) preferem, mas também por peculiaridades histórico-políticas, que não podem e não devem ser descartadas, pois são relevantes à elaboração dos ideais sexuais brasileiros.

[...] os brasileiros consideram-se como seres sensuais não apenas em termos de sua individualidade (embora isso seja importante), mas num nível social e cultural [...] e esta visão, por outro lado, desempenha papel importante na definição da natureza da vida brasileira em si própria e em relação ao mundo que a cerca, o mundo do estrangeiro [...] (PARKER, 1991, p.23).

A “invenção” remete ao mito sexual brasileiro constituído na colônia ultramarina a partir do encontro entre o índio e o português, desde a [des]-coberta de Cabral, e o negro, traficando da África através de um perverso sistema de exploração desumana.

A miscigenação atendeu a interesses políticos claros: garantir e manter os domínios portugueses na terra recém-encontrada, explorando-a e, conseqüentemente, povoando-a. Isto criou um capital mítico sobre a sexualidade brasileira. A miscigenação não é o fator determinante da sexualidade brasileira, mas ela própria foi “escrava” de uma sexualidade a serviço dos interesses da coroa em expandir e povoar a qualquer preço.

Segundo Freud (1932), os mitos são analogias à compreensão do mundo externo e, a partir da identificação, repercutem no conteúdo sintagmático individual, interferindo nas representações identitárias de cada um, e como a criança de outrora, que criou suas teorias sexuais particulares para explicar a castração, a diferença entre os sexos e a origem dos bebês, os mitos de origem explicam a origem da civilização.

Os mitos, cujas origens se confundem com a dos homens, representam o capital fantasmático de uma cultura. Graças à cosmogonia que sustentam, cria-se um ponto de partida que permite fundar historicamente a origem do homem, dos animais e das coisas, assegurando a passagem do caos à ordem [...] os mitos tem os mesmos estatutos que o da realidade psíquica: são relatos que oferecem representações às pulsões [...] cumprem uma importante função ideológica: a de representar a ordem simbólica, que sustenta a social, como sagrada, universal e imutável [...] (CECCARELLI, 2012c p 32).

Os relatos míticos não são apenas narrativas metafóricas, mas atendem a anseios mais primários que, por sua vez, acabam emprenhando o imaginário social quando produzem arranjos ideológicos e subjetivos da respectiva cultura e de seu respectivo capital cultural. A civilização repousa em uma base mítica, articulando moralidades e repressões próprias para a manutenção de sua sobrevivência; entretanto, o grau de exigência e a imposição da renúncia instintual incidem em forte sofrimento e adoecimento de seus membros.

Segundo Birman (1993), a transferência confere uma passionalidade nas relações intersubjetivas. A identificação entre o Eu e os ideais da alteridade pode converter o erotismo em uma ameaça mortífera, um drama que é encenado através do fascínio que o outro exerce sobre o Eu.

Para Lindenmeyer & Ceccarelli (2012), os ideais culturais servem de suporte às traduções que darão sentido aos movimentos internos, oferecendo suporte identificatório à criança, cujas fronteiras narcísicas estão balizadas pela alteridade e atravessadas pelo desamparo originário e fundamental de todos nós, recursos úteis àquilo que o homem mais almeja saber: “quem eu sou?”.

O “quem eu sou” passa certamente por aquilo que a civilização deseja que sejamos. Afinal, nossa onipotência narcísica sofre agravos constantes, a alteridade vem de encontro à individualidade ao interditar nossos desejos egoístas, desempenhando uma imposição normatizadora.

Portanto, a isenção do laço emocional entre o Eu e o outro é cara ao indivíduo, recordando a severa perda de contato com a realidade observada na psicose, pois o desamparo

psíquico é originário ao homem, é insuperável, o que constitui e mantém ideais intersubjetivos que serão tomados para si como se fossem originalmente seus.

A cultura elabora suas construções sintagmáticas, um capital fantasmático a partir da valoração de alguns ideais introjetados devidos à identificação entre o Eu e estes, de forma semelhante à ontogênese.

Ninguém pode ter deixado de observar, em primeiro lugar, que tomei como base de toda minha posição a existência de uma mente coletiva, em que ocorrem processos mentais exatamente como acontece na mente de um indivíduo [...] (FREUD, 1913[1912], p. 159).

Deste modo, antes de ser [des]coberto, pairavam sobre o Brasil duas idealizações adversas e ambivalentes, de suma importância ao entendimento do ideal sexual do brasileiro. A primeira trata do Brasil como o paraíso terrestre, o idílico Éden sem pecado, e a outra visão, contrariamente, o trata como o local escolhido pelos demônios expulsos da Europa durante a reforma católica.

Desde o século IV, alimentava-se a ideia de uma terra paradisíaca semelhante ao Éden, local ainda não descoberto, mas sugerido nas próprias escrituras sagradas. Seria um refúgio do prazer, a promessa terrestre de compensação por todo sofrimento, na verdade, um ideal comum a todo bom homem cristão. A descoberta da América por Colombo poderia coincidir com a descoberta deste Éden terrestre.

O mito do paraíso conferiria ao Brasil um ideal amplo e difundido de possibilidades infinitas de satisfação, uma opção utópica e hedonista a uma Europa de ranços medievais, severamente moralistas e opressores, uma alternativa às frustrações, renúncias, dificuldades que o velho mundo enfrentava, representava e impunha.

[...] o imaginário que lhe dá forma e matéria é produto de uma aliança entre bens espirituais e profanos em que, à noção de um mundo sem pecado, misturam-se a ambição por riqueza – ouro fácil à flor da terra, minas opulentas de pedras preciosas — e de devaneios de êxtases sensuais inusitados (SOUZA, 1994, p. 92).

O novo mundo nascia à sombra de um ideal edênico, ideia que repercutia com mais força no Brasil, tornando-se este o ideal fundador do nosso mito de origem (PASTORI, 2012). A expectativa de exotismo e erotismo tornávamo-nos o estrangeiro do colonizador muito antes de sermos descoberto. E embora já habitados e com costumes próprios, o próprio termo “descoberta” é uma afirmativa desta idealização.

Nesta identificação outorgada ao Brasil pelo colonizador, nós servimos de projeção para as angústias europeias, descortinando não apenas um território novo, mas principalmente saciando desejos e expectativas do outro, porém qual não foi o espanto do colonizador quando não cumprimos a promessa imediata de riquezas e prazer infinito. Transitou-se do idílico paraíso prometido até o inferno terrestre, e então o estranho foi convertido no exótico e ameaçador.

Pastori (2012) afirma que os ideais investidos no Brasil na colonização ultrapassaram os aspectos políticos e econômicos, interferindo na constituição subjetiva do brasileiro, criando uma expectativa inconsciente de atender às fantasias colonizadoras ambivalentes, ao mesmo tempo o lugar paradisíaco e o local de desterro, dos heróis forjados, amorais, degradados e escravos.

A questão da “autonomia ou escravidão do discurso que orienta nosso dia a dia” apresenta os possíveis efeitos da colonização. Para além das consequências sociais, econômicas, políticas e etc., da colonização, que são fundamentais, existem também os efeitos relacionados à constituição subjetiva do brasileiro. [...] A questão é que a perspectiva de procurar corresponder a essa condição imaginária, constitutiva de uma primeira imagem da terra e dos habitantes que nela vivem, sobrevive de alguma maneira (PASTORI, 2012, p. 46).

Assim, entre o Eu e a alteridade logo o ideal paradisíaco sucumbiu, arrefeceu-se, tornando-se agora uma terra de gentis, semelhante a demônios, sem lei, sem rei e sem fé alguma, mas úteis aos interesses expansionistas de uma Europa aristocrática falida.

Segundo Laura de Mello e Souza (1993), ao invés do ideal de paraíso, a idealização que aqui pairava era de uma antissociedade identificada no estado de natureza, uma franca oposição à ordem e organização europeia, o que adiante legitimará e justificará o desprezo aos índios encontrados. Além disso, a cristianização mais homogênea do velho mundo forçou à expulsão do diabo para o novo continente, de tal forma:

“... girando em torno da identificação entre o surgimento da colônia luso-brasileira e a luta eterna entre Deus e o Diabo [...] o Brasil seria a única a trazer tal tensão no próprio nome, que lembrava para sempre as chamas vermelhas do reino do inferno...” (SOUZA, 1993, p.32).

Deixaríamos de ser Santa Cruz, nome de batismo, e graças à demonização dos gentios, tornar-nos-íamos o Brasil, uma referência ao pau-brasil, o primeiro produto exportado no país, um exemplo notório da oposição Deus-diabo, comum e útil nas relações de poder entre colonizador-colonizado.

Esta leitura demoníaca dos povos autóctones, principalmente das mulheres indígenas, forjará uma “Eva tupinambá”: lasciva e suja, personificada na índia velha, de seios flácidos que usufruía dos prazeres da carne, desprovida de culpa, tentando atrair molecotes para lhe ensinar sobre o sexo e satisfazer seus desejos sexuais.

A mesma índia também é capaz de extrema violência contra o outro através do canibalismo. E a velhice a aproxima de um estado da natureza, distante da ordem e da moral civilizatória. Uma metáfora deveras apropriada ao processo colonizatório, principalmente para legitimar a violência contra as mulheres.

O europeu saltava em terra escorregando em índia nua; os próprios padres da companhia precisavam descer com cuidado, senão atolava o pé na carne. Muitos clérigos, dos outros, deixaram-se contaminar pela devassidão. As mulheres eram as primeiras a se entregarem aos brancos, as mais ardentes indo esfregar-se nas pernas desses que supunham deuses. Davam-se aos europeus por um pente ou um caco de espelho (FREYRE, 2000, p. 164).

A “Eva tupinambá”, não apenas a índia de idade mais avançada, mas a mulher tupinambá, será a porta de entrada do português, um prenúncio do sexismo e misoginia que emprenharia a mulher em terras brasileiras, herança não apenas de preceitos judaico-cristãos, mas necessidade de um homem explorador e violento, nada propenso a miscigenação, como insiste o emblemático *Casa Grande & Senzala* (2000).

A ausência de mulheres brancas para casar, o vasto território a explorar, proteger e habitar forjarão um capital simbólico da sexualidade brasileira, a partir da apropriação de alguns costumes sexuais dos povos autóctones, mas também marcada pelo denominador comum: a colonização. A exploração econômica e o consequente povoamento da colônia, admitam ou não, é o decisivo ao ideal sexual brasileiro (VAINFAS, 2010).

E Deus os abençoou e disse: cresci e multiplicai-vos, e enchei a terra, e sujeitai-a, e dominai sobre os peixes do mar e sobre as aves do céu, e sobre todos os animais que se movem sobre a terra [...] (Gênesis cap 1, versículo 28).

Ser uma colônia de exploração é essencial à moral sexual brasileira. Nódos indelévels que penetraram com entusiasmo nos ideais sexuais brasileiros. Uma sexualidade a serviço da legitimação dos domínios lusitanos na terra recém-descoberta, cujo “cresci e multiplicai-vos” esteve a serviço do rei, impregnando os corpos e práticas, impondo a ferocidade colonizadora frente ao vasto território e suas riquezas.

A melancolia dos abusos venéreos e a melancolia dos que vivem na ideia fixa do enriquecimento — no absorto sem finalidade dessas paixões insaciáveis — são vincos fundos na nossa psique racial, paixões que não conhecem exceções no limitado viver instintivo do homem, mas aqui se desenvolveram de uma origem patogênica provocada, sem dúvida, pela ausência de sentimentos afetivos de ordem superior. Foi na exaltação desses instintos que se formou a atmosfera especial em que nasceu, viveu e proliferou o habitante da colônia (PRADO, 1981, p. 92).

Tão imperioso a ponto de a igreja católica aqui não impor seus ideais judaico-cristãos com o mesmo vigor que nas terras lusitanas, requerendo algumas moderações, o que não significa, entretanto, o esvaziamento total da instituição católica na colônia.

Nosso “arremedo” de sociedade atendia tanto à coroa, com seus interesses expansionistas, mas também à própria igreja, porque, além da demanda imperiosa por assistência política e econômica, havia uma demanda espiritual urgente. O entusiasmo inaciano, diante do rebanho de cristãos-novos esperando por salvação, assemelhou-se ao espanto português com o despudor indígena: um povo sem fé, sem lei e sem rei, parafraseando Darcy Ribeiro (2011).

[...] Os agentes eclesiásticos da colonização tentaram, por todo meio ao seu alcance, transformar o Brasil numa parte legítima da cristandade romana... Tentaram-no com os índios, depois os africanos; tentaram-no desde sempre com reinóis que aqui chegavam em busca de aventura. Viram-se frustrados, no entanto, pelos interesses mercantis da colonização, pelo escravismo, pelo hibridismo cultural que a colônia brasileira possuía por vocação. (VAINFAS, 1997, pag.224).

A presença dos jesuítas estenderia os domínios da igreja às almas pagãs. A Igreja estava e precisava ser frouxa para além-mar pois, por trás da salvação, havia interesses mercantilistas mais importantes; de tal forma, o exótico novo mundo outorgava à imperiosa missão colonizadora o encaixe perfeito: “crescer e multiplicai-vos”.

Apontar o priapismo indígena e a predisposição portuguesa como os fatores predominantes pela miscigenação entre europeus e indígenas, a chamada “mestiçagem rósea”, é desprezar a extrema violência das relações inter-raciais, em geral, alijadas em relações de poder, cujo mais fraco é massacrado pelo mais forte e, neste caso, o português fez valer do direito do mais forte outorgado por si próprio (VAINFAS, 1986, 2010).

Toda excitação despertada pelas vergonhas, depiladas ou expostas, como relatou Pero Vaz de Caminha a *El Rey*, cedeu aos interesses expansionistas: o contato sexual inter-racial era legítimo não apenas pela escassez de mulheres brancas, mas porque o desejo comungaria com anseios da coroa.

Segundo Freyre (2000), o português escorregava em índias nuas, um clima quase de intoxicação sexual, requerendo cuidado para não atolar o pé na carne, mas, dados os devidos

descontos ao erotismo e ao priapismo exacerbado do referido autor, o uso de costumes locais para atender aos interesses colonizadores é uma realidade inegável no Brasil colônia.

A mulher tupinambá é a porta de entrada do português no novo mundo. É a partir do ventre indígena que o Brasil se originará: a apropriação da poliginia, costume autóctone favorável ao contato interétnico, no qual era permitido ao homem ter várias esposas dando-lhes descendentes e, ao mesmo tempo, doando sua força de trabalho através do laço matrimonial.

A variação da poliginia remetia à família de origem; no caso da família do noivo, era a virulocalidade (a mulher se muda para a tribo do noivo, servindo à família deste), e na família da noiva ocorria a uxorilocalidade (o noivo transferia-se para a tribo da esposa, oferecendo seus préstimos de caçador e guerreiro). O poder do chefe tribal ficava associado à posição de doar mulheres para angariar genros, novos escravos, implicando uma misoginia desvelada.

Deve ficar claro, porém que tais práticas, embora reveladoras da violência e arbitrariedade do processo colonial, se inscrevem em um contexto de interação cultural em que várias instituições indígenas foram apropriadas e transformadas pelos europeus. O casamento é um caso claro deste processo: antes de se tornarem chefes polígimos, os europeus eram integrados enquanto cunhados e genros, se obrigando assim a prestar o serviço da noiva (cumprido através do fornecimento de instrumentos e objetos europeus), ou como sogros, sendo beneficiados pela cessão voluntária de trabalho por parte dos nativos [...] (FERNANDES, 2004, p. 174).

No espaço doméstico dos tupinambás — etnia indígena baiana e outras tribos habitantes da costa baiana que adotavam a língua tupi, como os Tupiniquins, Tamoios, Caetés e outros — as relações sociais eram estabelecidas por critérios de idade e sexo. A gerontocracia garantia a autoridade dos mais velhos sobre os jovens.

E, de forma sexista, os homens garantem o sustento e a proteção da tribo, cabendo à mulher o domínio do espaço doméstico e as atividades associadas. Portanto, o trabalho feminino configurava-se como uma moeda econômica e política nessas sociedades. O sexo a serviço da exploração, com um pouco de prazer, mas inegavelmente muito de interesse expansionista.

Nesta perspectiva inter-racial, o português garantiu não apenas sua sobrevivência, principalmente nas tribos com hábitos antropofágicos, mas assegurava seus objetivos colonizadores nos grupos indígenas que possuíam uma organização social mais flexível à integração.

Logo, a poliginia foi uma útil e sutil rede de escravismo sexual entre o português e a índia, pois, ao amancebar-se com a índia, o colonizador adquiria direitos sobre a mulher e seus descendentes, explorando-os conforme seus interesses particulares. Diante disto, Ribeiro (2011) é enfático:

A instituição social que possibilitou a formação do povo brasileiro foi o cunhadismo, velho uso indígena de incorporar estranhos à sua comunidade. Consistia em lhes dar uma moça índia como esposa. Assim que ele a assumisse, estabelecia, automaticamente, mil laços que o aparentavam com todos os membros do grupo. (RIBEIRO, 2011, p 72)

O concubinato implícito nas práticas da poliginia depunha contra o sagrado sacramento do matrimônio, de tal forma que os inacianos se opunham ferozmente a este, mas esbarravam nos interesses da coroa, quando, então, refreavam seus ímpetos moralizantes. Em alguns casos, clamaram ao rei pelo envio de mulheres para sanar a mestiçagem promíscua, altamente corruptiva.

Não vieram mulheres solteiras, exceto, ao que se sabe, uma escrava provavelmente moura, que foi objeto de viva disputa. Consequentemente, os recém chegados acasalaram-se com as índias, tomando, como era uso da terra, tantas quantas pudessem, entrando a produzir mais mamelucos. Os jesuítas, preocupados com tamanha pouca-vergonha, deram para pedir socorro do reino. Queriam mulheres de toda qualidade, até meretrizes (RIBEIRO, 2011, p. 79).

Da mesma forma, a catequese tinha interesses particulares, que não era a salvação das almas dos gentios, pois os inacianos também não tinham apreço real por estes, mas serviria mais aos interesses particulares da Companhia de Jesus, um recurso útil para afirmação da instituição católica em terras brasileiras.

Os índios foram usados atendendo aos interesses e necessidades da igreja, o que incluía até mesmo a escravidão indígena. A tolerância inaciana não se importava com a salvação dos gentios, mas com a manutenção e a sobrevivência dos ideais católicos em terras novas.

A má vontade com que os jesuítas viram os índios, a demonização de seus costumes, a violência da catequese, tudo isso pertence à história do moderno colonialismo, à sujeição dos povos encontrados no além-mar, à escravidão e à exploração do Novo Mundo pelos europeus (VAINFAS, 2010, p. 51).

Semelhantemente, os mesmo usos e abusos veniais sofridos pelas índias foram imputados às negras. Outra vez, o bem mais produtivo e explorado foi o ventre materno: a garantia da mão de obra e, consequentemente, o aumento do capital dos senhores escravocratas, principalmente durante a monocultura açucareira, predominante no litoral nordestino desde o século XVII até XVIII. Não existe escravidão sem depravação (FREYRE, 2000).

[...] Muitos senhores, por mero desleixo, conservavam nas moradias da cidade dezenas e dezenas de mulatos e negros, em completa ociosidade, pelo simples fato de aí terem nascido. Da promiscuidade surgia toda a sorte de abusos e crimes. Senhores

amasiavam-se com escravas, desprezando as esposas legítimas, e em proveito da descendência bastarda; outros não casavam, agarrados ao vício de alguma harpia que os sequestrava, ciumenta e degradante, por uma vida toda; eclesiásticos constituíam famílias com negras e mulatas, com inúmeros filhos a quem deixavam em heranças as mais belas propriedades da terra. Os escravos velhos e doentes, porém, jogavam-nos à rua, para mendigarem o sustento. A escravidão, enfim, com todos os seus horrores (PRADO, 1981, p. 103).

Os abusos cometidos contra índios e negros não eram considerados pecados, pois índias ou negras eram equiparáveis a putas, mulheres ordinárias e povos sem almas, não importando os pecados infligidos. Os homens inquiridos pela igreja sobre a castidade reafirmavam-na na honra de senhoras casadas ou nos sobrenomes das moças de família, práticas falocêntricas, que a igreja não melindrou em passar a mão.

As moralidades masculinas da Colônia, ibéricas por origem, não se limitaram, porém, a reproduzir antigas crenças de que aos homens era lícito dormir com meretrizes. Lançando-se às mulheres da terra, tão logo desembarcavam, os portugueses não tardariam a associar mulher solteira ou pública com a negra [...] em suma, à índia. Seduzindo-as em troca de meros cacos de espelho, faquinhas ou panos coloridos [...] Degredadas e desejadas ao mesmo tempo, as negras da terra seriam o mesmo que as soldadeiras de Lisboa no imaginário de nossos colonos: mulheres aptas à fornicação em troca de alguma paga. E na falta de mulheres brancas, fossem para casar, fossem para fornicar [...] caberia mesmo às negras índias e mulatas o papel de meretrizes por ofício ou amantes solteiras em toda a história da colonização (VAINFAS, 2010, p. 94 e 95).

E, embora a sexualidade negra seja apontada como responsável pela lascívia brasileira (PRADO, 1981), a concupiscência negra não se deve ao erotismo, mas aos abusos do escravismo. A ascendência moral e econômica do escravismo maculou os negros, cuja depravação vitimava-os não somente pela violência e [a]moralidades imiscuídas nos ideais que começavam a se organizar, mas na transmissão de doenças venéreas, como a sífilis.

O escravocrata praticava com a esposa legítima um sexo normatizado pelos preceitos judaico-cristãos impostos pelo sacramento do matrimônio, mas no interior das senzalas e suas cercanias usufruía de todo o ardor e prazer que a sexualidade lhe proporcionaria, graças ao direito legítimo sobre o bem maior de sua propriedade: a escrava. A escrava foi um objeto sexual útil ao ganhão colonizador, e moral, pois assegurava a honra pudica das mulheres de família.

Os escravos eram terríveis elementos de corrupção no seio das famílias. As negras e mulatas viviam na prática de todos os vícios. Os mulatinhos e crias eram perniciosíssimos. Transformavam as casas, segundo a expressão consagrada e justa, em verdadeiros antros de depravação. (PRADO, 1981, p 103).

Nos incontáveis casos entre brancos e negros, o ditado popular usado por Freyre (2000, p. 85), “branca para casar, mulata para foder, negra para trabalhar” comprova a representação dos colonizadores sobre o pecado, no qual as “peças”, além de atender aos interesses sexuais dos senhores, serviam para fins outros, e nenhum deles pecaminosos.

[...] não resta dúvida de que o concubinato guardou íntimo parentesco com escravidão, quer indígena, quer a negra [...] as práticas concubinárias entre o senhor e a escrava pareciam igualmente difundidas no seio da população modesta, havendo casos em que humildes donos de uma só escrava mantinham com ela amancebamento e visando, por vezes, a aumentar suas rendas, colocavam-na na prostituição (VAINFAS, 1997, p. 234).

Colonialismo, patriarcado e escravidão são os pilares que tecem a teia dos ideais sexuais no Brasil. A tão valorizada mulata, produto da miscigenação, foi forjada em violentos abusos veniais, permeados de misoginia e etnocentrismo, tão chocantes que, em uma determinada época, o saber popular prescrevia: “... para o sifilítico não há melhor depurativo que uma negrinha virgem” (FREYRE, 2000, p. 373).

Também vítima da violência praticada pelas próprias matronas que, cegas de ciúme e inveja, aplicaram-lhes amiúde severos castigos físicos por conta da volúpia despertada no “Nhô Nhô”. O ciúme maltratou, marcou, mutilou e matou muitas mulheres negras.

À época, a voluptuosa mulata dividiu espaço social com a ama de leite negra. A ama de leite negra não só amamentou, mas também difundiu todo o conteúdo afetivo das crianças, uma vez que o ideal de amor materno não existia na época.

É importante ressaltar: o mito do amor materno é resultado de atravessamentos sócio-históricos, como afirma Badinter (1985). E a maternidade significaria a “redenção” da mulher e, conseqüentemente, sua “valorização”.

A mulher não é mais identificada à serpente do Gênesis, ou a uma criatura astuta e diabólica que é preciso pôr na linha. Ela se transforma numa pessoa doce e sensata, de quem se espera comedimento e indulgência. Eva cede lugar, docemente, a Maria. A curiosa, a ambiciosa, a audaciosa metamorfoseia-se numa criatura modesta e ponderada, cujas ambições não ultrapassam os limites do lar (BADINTER, 1985, p. 176).

A mãe não transmitia os conteúdos afetivos — eram as amas de leite as responsáveis por contar histórias, amamentar, ninar a criança, construindo um conteúdo simbólico infantil: “... A ama negra fez muitas vezes com as palavras o mesmo que fez com a comida: machucou-as, tirou-lhe as espinhas, os ossos, as durezas, só deixando para a boca do menino branco as sílabas moles...” (FREYRE, 2000, pag. 387).

Porém, no fim do século XIX, a medicina higienista lhe imputou uma culpa pela degenerescência moral e física transmitida no leite. A mãe negra foi execrada, mas a mulata permaneceu nas referências simbólicas brasileiras, puro exemplo de misoginia.

A moral sexual europeia manteve no Brasil a mulher privada e desprovida de prazer ou de domínio de seu corpo, reduzida e significada a partir da sua capacidade fisiológica: reproduzir. O gozo, o prazer do sexo continuava interdito à mulher e legítimo aos homens, uma manutenção dos preceitos judaico-cristãos.

E a mulher que se permitisse ao ardor sexual era equiparada a uma prostituta, a qual a permissão do prazer ocorria somente mediante à precariedade financeira, mantendo a interdição moral ao prazer sexual feminino. A história conservou a misoginia, independentemente de cor, raça, época e geopolítica.

[...] Por mais intoxicada sexualmente intoxicada que tenha sido a Colônia, como quer Gilberto Freyre, os valores da família, mescla da cultura popular e do discurso oficial, se fizeram presentes. E, desde o século XVI, andaram a povoar a imaginação e as palavras dos colonos lusitanos, articulando à tradicional misoginia herdada de Portugal, e ao preconceito racial que o colonialismo escravista não tardaria a difundir (VAINFAS, 2010, p. 96).

Portanto, o imaginário social afirma a virilidade masculina, imiscuída no afã do explorador, logo mais convertido no senhor escravocrata, da mesma forma também a fecundidade feminina, inicialmente da índia, depois da negra e, logo mais as primeiras brasileiras legítimas já nascidas sobre a égide da misoginia. O usufruto da carne sempre de acordo com os fins inerentes à Coroa portuguesa.

[...] o sentido da vida e a presença humana ativa sobre o teatro do mundo passava pela medida de virilidade e fecundidade. Virilidade e fecundidade eram teste fundamental quanto à capacidade de interpretar, homens e mulheres, seu próprio papel na cena das representações insidiosas da carne. Insidiosas, porém necessárias. Afinal, “o cresci e multiplicai-vos” era obrigatório e a Bíblia já o tinha estipulado (DEL PRIORE, 2001, p. 101).

Os mitos fundadores da sexualidade brasileira se organizaram em uma ordem historicamente construída. Preservou a culpa oriunda da tradição judaico-cristã, forjando uma sexualidade brasileira exacerbada, na qual os anseios colonizadores interferiram: relações sexuais marcadas pelo patriarcado, escravismo e pelo mercantilismo, dando origem ao brasileiro viril e à brasileira faceira.

As construções fantasmáticas dos ideais sexuais brasileiros configuraram-se como modelos de subjetivação, preservando os conteúdos filogenéticos, cujas marcas de uma

genealogia assumem a função de perpetuar valores, tradições e modelos, aplicando ideais que, mesmo que não se reconheça, entenda ou concorde, não é possível se desprender destes sem algum dano ou tributação a essa ousadia.

[...] A moral sexual é um fato da cultura. Não existe sociedade que não tenha regras a respeito do uso da libido [...] A ordem discursiva criada pela cultura jamais dará conta desse enigma, cujas manifestações são provas irrefutáveis de que não somos senhores em nossa própria casa[...] (CECCARELLI & SANTOS, 2010, p. 23).

Portanto, nossas referências mais caras, não apenas no que diz respeito à nossa sexualidade, mas igualmente a posições morais e éticas, estão atravessadas por este conteúdo imaginário, produto de uma construção sócio-histórica ímpar, na qual a exploração e a expansão coloniais são fatores decisivos, a ponto de ser possível parafrasear Del Priore e compreender que, no Brasil colônia, Deus deu licença ao Diabo.

O processo de expansão mercantilista lusitano constituiu e difundiu nosso capital identificatório, afirmando valores que permeiam nosso imaginário social, fazendo-nos preservar, até hoje, mais de quinhentos anos após o descobrimento e o início de processo civilizatório, uma referência sexual de atos, cenas e, principalmente, posturas de homens e mulheres.

Personagens de um processo social que estiveram a serviço de uma colonização, intoxicadamente selvagem e erótica. Homens e mulheres envoltos por um fino, mas forte fio de aço historicamente tecido entre desejos, paixões e moralidades.

[...] Todos nós, brasileiros, somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós brasileiros somos, por igual, a mão possessa que os suplicou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sentida e sofrida que somos e a gente insensível e brutal, que também somos. Descendentes de escravos e de senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais, quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pastos de nossa própria fúria [...] (RIBEIRO, 2011, p. 108).

E quando do surgimento da epidemia da aids, iremos repetir, ainda que implicitamente, as mesmas acusações agora dirigidas ao paciente sobre sua sexualidade, apontando-o e execrando-o através da moléstia como se aids estivesse restrita a algum “pecado”. A conversão do prazer em risco recorda a fantasia do garanhão insaciável, da índia e da mulata fogosas, um recrudescimento da nossa descendência sensual.

Adolescência

*Quem sabe eu ainda sou uma garotinha
Esperando o ônibus da escola sozinha
Cansada, com minhas meias três-quartos
Rezando baixo pelos cantos
por ser uma menina má
Quem sabe o príncipe
virou um sapo que vive dando no meu saco
Quem sabe a vida é não sonhar?
Cazuza & Frejat — Malandragem*

A palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, cujo significado é crescer, atingir a maturidade. Deste modo, alguns autores, como Hurlock (1973), interpretam a adolescência como um estágio do desenvolvimento humano, a fase intermediária entre a infância e a idade adulta, cujas complexas transformações físicas são imprescindíveis à fase adulta.

Trata-se de uma compreensão biológica sobre a adolescência, tida como um período de transição, encerrado quando a criança tornar-se-á um adulto, e, como um casulo, útil para transformar a lagarta em borboleta, a adolescência transformará a criança em um adulto.

Apesar das mudanças físicas indiscutíveis, circunscrevê-la a aspectos somáticos é simplório e redundante. A adolescência apresenta singularidades corporais, e da mesma forma a infância, a idade adulta e a velhice. Muito embora haja a ocorrência de aspectos físicos específicos, há conteúdos psíquicos que sustentam e singularizam a adolescência.

Aliás, sobre a atual compreensão da adolescência, Calligaris (2010) critica o atual e arriscado estereótipo “aborrecente” — é depreciativo e perigoso, insistir em tratá-lo como: “... uma espécie de patologia social ou, no melhor dos casos, um momento onde as patologias sociais e psíquicas seriam endêmicas e epidêmicas” (CALLIGARIS, 2010, p. 34).

O conceito do termo completa pouco mais de um século e, é importante frisar: seu surgimento não está atrelado a inovações biológicas ou interesses psicológicos, mas a transformações políticas e históricas. A infância e a adolescência eram similares à idade adulta, distintas no tamanho e força apenas, portanto, tratados como adultos em miniaturas, sem a exigência de nenhum cuidado ou atenção específicos.

As primeiras preocupações serão sobre a infância, o vestuário e a educação, que foram restritos, inicialmente, às classes sociais mais abastadas e à nobreza. Nas famílias mais pobres, a importância da infância e adolescência virá um pouco mais tarde, atendendo aos interesses pós-revolução industrial.

Até então, as crianças, independentemente do gênero, vestiam-se como adultos, e a educação estava associada à sobrevivência, ou regra de bons modos, não havia normas ou códigos de postura distintos. Não havia nenhum pudor ou critério em preservar ou poupá-los de cenas e conteúdos supostamente adultos.

Segundo Ariès (1973), desde a idade média até meados do século XVI, infância ou adolescência não eram compreendidas como momentos transitórios ou de constituição até a fase adulta, mas um período de dependência física e servidão a um adulto.

Não eram frágeis ou mereciam cuidados específicos, portanto, não justificava poupá-los de tarefas físicas de grande esforço, eles eram mão de obra útil à sobrevivência dos demais membros da família, e como os ofícios eram transmitidos de pai para filho, não havia necessidade de educação formal: aprendia-se o ofício observando os mais velhos trabalharem.

Os primeiros colégios surgem no século XIII. Eram asilos para estudantes pobres, mantidos por doações, instituições de preceitos monásticos (dominicanos e franciscanos), interessados na disciplina e na moralização da juventude, desprovidos de objetivos educacionais.

A partir do século XV, os colégios se tornarão institutos de ensino, com rígida disciplina, e frequentados por pessoas provenientes da nobreza, burguesia e classe populares (através de doações ou caridade). Sem distinção de classes, a função educacional era da ordem moral, visando as “almas” dos alunos.

Cabe um adendo: vem daqui o combate ao onanismo. É a rigidez do internato ou semi-internato, que estabelecerá uma ordenação adversa do resto da sociedade, na qual crianças de 8 anos de idade em diante e adolescentes de até 15 anos seriam submetidos a leis distintas das que ordenam o mundo dos adultos.

Embora a educação tenha se tornado uma preocupação, era restrita ao universo dos meninos. O sexismo histórico permanecia e as meninas prosseguiam delegadas à ignorância, incultas, afinal, a maternidade é considerada inata à mulher, um dom dado por Deus. Desta forma, aprender sobre cuidados com afazeres domésticos e de filhos são adquiridos ajudando outras mulheres na realização destas tarefas.

A revolução francesa, o estado moderno e a instalação da burguesia são as referências políticas que imprimirão profundas mudanças sociais, fundamentais ao reconhecimento da infância, finalmente distinguindo-a da fase adulta, exigindo atenção e cuidados específicos. A família nuclear burguesa constituiu a infância como a conhecemos hoje.

Cidadania, na verdade mão-de-obra útil à revolução industrial e ao Estado Moderno, individualidade e transmissão de patrimônio, aliados à compreensão do homem como filho de

Deus, endossarão as especificidades da infância. A criança, antes indiferente, e até inconveniente, relegada à insignificância, será envolta por uma áurea de beleza, candura, fragilidade e amabilidade (ARIÈS, 1973).

Neste “terreno” de fortes transformações sociais, políticas e, conseqüentemente, econômicas, a infância começa a ser predicada, e a adolescência, confundida e indistinta da infância, não merecia ainda preocupações específicas. A rígida e angustiada criança trocará suas roupas de adultos por trajes infantis.

Vale ressaltar que, em meio a esta moral vitoriano-burguesa, Freud, em 1905, publicou “Três ensaios sobre a sexualidade”, sendo impossível não imaginar a repercussão contra o autor, não apenas pelo conteúdo de suas palavras e ideias, mas pela contemporização da obra.

Simbolicamente ao trocar as roupas, os corpos serão disciplinados, interditando o manuseio do corpo infantil através de códigos sociais, conferindo-lhe uma fragilidade: não é mais permitido tocar, explorar ou expor sua nudez.

Novos costumes e representações são atribuídos à infância, higienizando-a e outorgando-lhe proibições e, finalmente, fundando um espaço infantil, convertendo a educação de crianças e adolescentes em uma cruzada pedagógica moral. A burguesia finalmente constituiu a infância.

O sentido da inocência infantil resultou, portanto numa dupla atitude moral com relação à infância: preservá-la da sujeira da vida, e especialmente da sexualidade tolerada — quando não aprovada — entre os adultos; e fortalecê-la, desenvolvendo o caráter e a razão (ARIÈS, 1973, p. 91).

Por sua vez, a concepção de adolescência advém com a 1ª Guerra Mundial e a organização do Estado Moderno. O saldo de mortos do pós-guerra recordará a juventude perdida dos ex-combatentes, não apenas reconhecendo-a, mas idealizando-a.

O alistamento militar deste período forçará a distinção entre as idades, estabelecendo-se direitos e deveres do indivíduo para com a pátria e vice-versa. Ora, como proteger um país e vencer uma guerra com soldados que mal conseguiam empunhar uma metralhadora, e como ter soldados fortes sem cuidar das crianças e adolescentes? Finalmente, a infância e a adolescência tornaram-se o futuro da nação.

Para Matheus (2010), a adolescência é um derivado contemporâneo da infância, confundida com esta até o século XVIII, e é no século XX que a adolescência adquiriu contornos e representações próprias. Embora fosse tratada como o ápice da vida humana, beleza

e vigor indissociáveis, permanecia a ênfase em aspectos físicos e biológicos. Sobre isso, Birman (2011) faz alguns adendos:

[...] nos acostumamos a acreditar [...] que as idades de vida da vida seguiam um certo padrão, ordenados que seriam por certas regularidades específicas, que lhe dariam consistência e substancialidade [...] a dimensão biológica seria aqui decisiva, subsumindo a dimensão psicológica [...] estes padrões seriam então estritamente regidos pelos registros biológicos [...] contudo, é preciso que tal registro seja devidamente relativizado e contextualizado, ao ser inscrito e relacionado nas séries institucionais e sociológicas [...] seria apenas pela consideração dessas que as ditas idades da existência podem adquirir uma dimensão simbólica propriamente dita [...] (BIRMAN, 2011, p.27 e 28).

Cabe ressaltar que não se trata de renegar ou menosprezar o somático, entretanto ele é insuficiente para explicar, compreender e delinear aspectos constituintes individuais, sendo necessário repensar o componente social e político, historicizando como Ariés (1973) trata o tema, mas acrescentando e reconhecendo o intrapsíquico.

[...] seria nessa interseção que o psiquismo na sua especificidade se delinaria, podendo então ser demarcado como objeto teórico. Seria apenas nesse interstício, enfim, que o registro do simbólico do psiquismo poderia ser devidamente demarcado (BIRMAN, 2011, p.30).

O reconhecimento e desenvolvimento do intrapsíquico é mérito freudiano. Não há negação ou menosprezo do aspecto somático, mas somático e psíquico não podem ser pensados como indiferentes um ao outro e, muito menos o psiquismo pode ou deve ser subjugado ao meio, na lógica comportamento-resposta.

[...] todo o fluxo da nossa vida mental e tudo o que se expressa em nossos pensamentos são derivações e representações dos instintos multiformes que são inatos em nossa constituição física. Mas nem todos esses instintos são igualmente suscetíveis de serem orientados e educados e nem todos eles têm igual facilidade para se ajustarem às exigências do mundo externo e da sociedade humana. Diversos deles conservam sua natureza primitiva, ingovernável, irrefreável [...] Consequentemente, aprendendo pela experiência, desenvolvemos em nossa mente organizações que, sob forma de inibições se opõem às manifestações diretas dos instintos [...] (FREUD, 1932, p.215).

O artigo “Três ensaios sobre a sexualidade” (1905), apresenta a sexualidade infantil e a primazia do objeto sobre o prazer, capacitando o corpo como fonte erógena, destronando os genitais como fonte exclusiva de prazer: a primazia dos conteúdos pulsionais instalará não apenas a [des]ordem libidinal e a sexualidade perverso polimorfa, mas uma imbricação indissociável entre a psicogênese e a filogênese.

[...] há sem dúvida algo inato na base das perversões, mas esse inato é em todos os seres humanos, embora, enquanto disposição possa variar de intensidade e ser acentuado pelas influências da vida. Trata-se, pois, das raízes inatas da pulsão sexual dadas pela constituição as quais, numa série de casos (as perversões), convertem-se nas verdadeiras portadoras da atividade sexual (perversa), outras passam por uma supressão (recalcamento) insuficiente, de tal sorte que podem atrair indiretamente para si, na qualidade de sintomas patológicos, parte da energia sexual, e que permitam, nos casos mais favoráveis situados entre os dois extremos, mediante uma restrição eficaz e outras elaborações, a origem da chamada vida sexual normal (FREUD, 1905, p.162).

Após o abandono da teoria da sedução, a neurose revelou desejos sexuais infantis: a criança não havia sido vítima de abusos ou violência sexual reais, ela fantasiou ser objeto de desejo do outro, tal como desejou o outro, originando o romance familiar incestuoso.

A metapsicologia freudiana deixa claro que todo o histórico sexual da infância é constituinte do indivíduo, e a sexualidade infantil responde pela psicogênese. Os desejos e fantasias sexuais infantis estarão presentes ao longo de toda a vida anímica: recordando, repetindo e, em alguns casos, elaborando.

E os desejos presentes na adolescência são uma reedição dos desejos edipianos nunca abandonados, sendo possível agora contabilizar o saldo das operações amorosas anteriores, tecendo uma espécie de colcha, na qual nos deitamos, nos enrolamos e, em alguns casos, adormecemos.

Se o desenvolvimento somático possibilita a meta sexual plena, graças à genitalidade, o físico, contudo, não é o suficiente, nem para dar conta dos desejos, que se farão atuantes, muito menos para barrar as memórias dos amores infantis e os trajetos por eles percorridos. Ao recordar isso, o adolescente inevitavelmente recorda o desamparo.

É possível afirmar um desconforto e, por que não dizer, uma estupefação, redescobrir o desejo e ter de assumir a posição de desejante, revivenciando sua própria trama edípica. A adolescência reinscreve a sustentação do próprio desejo: "...é assunção do desejo de um desejo, é o processo de saber-se ativo na produção do desejo de que sou objeto..." (CORSO, 2002, p.21).

E, frente à possibilidade real da concretização das fantasias edipianas, instala-se um mal-estar, graças à articulação, agora possível, entre desejos, fantasias e genitalidade, comprometendo os objetos sexuais infantis, e eis que outra vez ocorre o dilema: ou os renuncia e parte em direção a outros objetos, ou os assume, mas, ao assumi-los, mantém-se na posição edípica por um período indeterminado.

Ao comprometê-los como objeto, força ao abandono dos pais da infância, recordando outra vez a ameaça de castração, por conseguinte, a alteridade. Não é apenas o desamparo que

se faz presente na adolescência, mas a perda do objeto, repetindo o que disse Freud (1905): o encontro com o objeto é, na verdade, um reencontro.

O abandono dos objetos primários é a repetição da ameaça de castração, recorrendo na perda e na renúncia imposta aos objetos edípicos. Substituí-los é um recurso importante, uma tentativa de aplacar o desamparo, mas também servirá para lidar com ameaça de castração, que outra vez bate à nossa porta.

O adolescente é forçado a se reinscrever, ressignificar, do contrário ficará aprisionado na representação edipiana, cuja manutenção indica o fracasso da castração e a fragilidade do Supraeu: o abandono dos pais da infância leva à tenuidade da autoridade dos mesmos, uma débil ameaça de castração.

Aliás, sobre o fenômeno contemporâneo da violência protagonizada por adolescentes, Birman (2011) afirma ser a fragilidade da interdição, e a exposição recorrente e precoce de crianças e adolescentes a temas adultos, uma cultura tão arraigadamente narcísica, restringindo o contato com a alteridade, culminando na violência, tão frequentemente observada entre os adolescentes.

Na verdade, trata-se de uma violência dirigida, única e exclusivamente, aos objetos primários abandonados, evidenciando a permanência na adolescência por tempo indeterminado e mais durador do que outrora e, prossegue o autor, ao invés da violência ser o fenômeno contemporâneo, contemporâneo é a espécie de infância prolongada, alternativa para sanar o nosso desamparo originário.

O desamparo e o mal-estar, pela implicação no próprio desejo e pelos ajustes objetivos, recrudescem em uma ameaça narcísica, e a adolescência atuará naquilo que, até então, estava consolidado como o Eu ideal e, outra vez, como na infância, partirá o Eu à procura de sua corporeidade narcísica. Uma repetição, na qual o corpo físico é um opositor, não o aliado. O corpo é um inquietante.

[...] a ameaça exterior — ou vivida desse modo — é a do corpo púbere vivido como “exterior”, eventualmente persecutório. Um corpo vivido num sentimento de estranheza como objeto externo e não como eu-corpo unificado. Não representado, não integrado num sentimento de continuidade da existência, esse corpo ameaça a unidade narcísica do sujeito pelas excitações que a puberdade traz, e que ante as quais se sente desarmado, transbordado [...] (MARTY, 2006 p.121).

Ora, se nas trocas objetivos primárias deram-se as identificações narcísicas, e o adolescente se vê outra vez forçado a abandonar os objetos primários, conseqüentemente as identificações feitas com esses mesmos objetos serão afetadas.

Tudo o que a infância possibilitou ao indivíduo é impreterivelmente ameaçado: cabe ao adolescente sanar essas ameaças. Contudo, mesmo diante ao abandono objetal, há de se ressaltar, os arranjos edípicos não são desprezados, “... mesmo quem teve a felicidade de evitar a fixação incestuosa de sua libido, não escapa inteiramente a sua influência” (FREUD, 1905, p.215).

Para Erikson (1972) e Aberastury & Knobel (1981), a adolescência significa “crise”, causada pelos lutos físicos, sociais e psíquicos — portanto, uma perda de identidade: o abandono do corpo infantil, leva à incerteza sobre os papéis perante à sociedade, exigindo um trabalho psíquico para integralizar os conteúdos infantis e os novos conteúdos. Mas esta “síndrome da adolescência normal” está apoiada nas mudanças somáticas.

O que a adolescência encena não é uma crise ou ruptura, mas a repetição de conteúdos anímicos, recordados após a latência e, agora, em desalinho ou desacordo devido à incompatibilidade entre a corrente sensual e a corrente sexual, “... quando amam, não desejam, e quando desejam, não podem amar...” (FREUD, 1912, p. 188).

A adolescência leva à reincidência de novos ajustes narcísicos, afirmativas da alteridade das quais ninguém consegue burlar. As identificações narcísicas e as trocas primárias constituídas na infância são ameaçadas e subjogadas constantemente na adolescência.

O movimento pendular da adolescência oscila sobretudo entre a libido de objeto e a libido do eu, nas bordas dos buracos que encontra, desenhando traços estruturantes de seu funcionamento psíquico, pois isto é um estilo de economia libidinal entre os sintomas que faz, do sintoma de sua origem, e as sublimações possíveis (ANDREOZZI, 2001, p. 27).

Portanto, os verbos recorrentes na adolescência são recordar e repetir: recordar os primeiros objetos de amor e repetir as histórias do romance edipiano. E, segundo Figueiredo (2011), o afrouxamento dos laços na adolescência é uma perda de limites e contornos, inegavelmente perturbadora, mas não justifica tratá-la como patologia, pois a perda da própria fronteira é uma possibilidade de transformação.

E embora a atuação esteja na contramão da elaboração, ocasionando muitas cenas de violências físicas e sexuais protagonizadas por adolescentes, a repetição do desejo egoísta, ausente de qualquer menção da alteridade, não é apropriado reduzi-la a um sintoma, algo da ordem do patológico.

Faz-se necessário reconhecer o conteúdo psíquico por trás dos sintomas e, acima de tudo, reconhecer a subjetividade que produz, ampara e sustenta esse psiquismo, pois: “... a

significação de um sonho depende de quem venha ser a pessoa que sonha...” (FREUD, 1910, p.179).

É neste momento pendular pós-latência, no qual a corporeidade narcísica e as tramas edipianas reinscrevem-se, que a transmissão vertical acrescenta mais uma vicissitude: a revelação do diagnóstico do HIV-aids, apoiada em uma melhor “compreensão” e nos primeiros interesses sexuais do adolescente, traz à tona uma verdade invisível.

Mesmo com a desconfiança permanente, graças à medicação, aos exames e às doenças oportunistas, sugerindo a presença de algo estranho durante toda a infância, a aids tornou-se um segredo de família, agora revelado pela adolescência. Desse modo, na adolescência, Narciso e Édipo vão ter de se reaver com aids, também.

Eixo 2 – Fundamentos Teóricos Freudianos

Narcisismo

*“eu ficava com muita raiva,
por que a minha vida é assim?
Por quê? Eu me odiava.”
Felipe, 17 anos*

Um lindo garoto de 17 anos de idade, com grandes e curiosos olhos azuis, bem-humorado, estudante do segundo grau, Felipe, um desejo de viver intenso, mas que convive com o bullying e a lipodistrofia. Seu maior sonho é uma cirurgia plástica reparadora.

Filho de mãe brasileira e pai francês. Ficou órfão de mãe muito cedo, tendo poucas lembranças da mãe. Foi criado pelo pai, Issac, entre Brasil, França e Guiana Francesa, até este conhecer sua atual esposa, Kelly, e hoje Felipe tem um irmãozinho, um menino de 5 anos, curioso e brincalhão.

A infância foi um período sofrido, a convivência forçada com uma medicação constante devido o seu problema “hepático”, limitando suas atividades, sua vida, restringindo seus horários, ganhando apelidos jocosos e humilhantes na escola por sua aparência; tudo foi muito angustiante, não aproveitou a infância, pois tentava entender o que acontecia com ele.

Dispôs do senso de humor como saída, uma válvula de escape para atenuar seu sofrimento e, felizmente, Kelly o ajudou bastante, acolheu suas dificuldades e sofrimento, a tal ponto que é injusto chamá-la de madrasta, é a “melhor mãe do universo”. Aos 12 anos, seus pais contaram sobre o vírus que ele tem e dos cuidados que ele precisa ter, afinal, como adolescente, ele já tem maturidade para entender “as coisas”. Saber o que ele tinha aliviou o peso farto e sofrido que carregou sozinho na infância.

O mito de Narciso é uma metáfora sobre a vaidade e o egoísmo. Ser belo, além de levar ao descomedimento, afrontava os deuses, particularmente na cultura grega, o que muito afligia a sua mãe Liríope, que, percebendo o mal-estar diante da beleza do filho, procurou o adivinho Tirésias, interessada sobre o tempo de vida que este teria. Obteve uma resposta lacônica: Narciso viveria enquanto não se visse (BRANDÃO, 1987).

A beleza de Narciso o fazia menosprezar a todos que por ele se interessavam. A ninfa Eco, uma das que ficou fascinada pela sua beleza, não suportando a indiferença, morre, e, como castigo, Narciso é amaldiçoado a amar um amor impossível. Quando sacia sua sede, não reconhece o próprio reflexo nas águas e, supondo um outro, apaixona-se, e ao tentar alcançá-lo, morre, como previra Tirésias (IBIDEM).

Na teoria psicanalítica, mais do que um destino trágico, o narcisismo ganhou um destino nobre. O investimento pulsional no Eu promoveu uma reorganização na própria metapsicologia freudiana, é o ponto de transição à segunda tópica, fundamental à psicanálise. Narcisismo subverteu o Eu de agente do recalque para o objeto da libido.

Até então, o conflito pulsional ocorria entre as pulsões de autopreservação e as pulsões libidinais, adversas entre si. O Eu, no intuito de se proteger, lançava mão do recalque, um mecanismo de defesa contra a libido; porém, após a elaboração do narcisismo, o confronto passou a ser entre as pulsões de morte e as pulsões libidinais.

Com efeito, o narcisismo está para além de um conceito, é uma articulação conceitual de vários termos preciosos à psicanálise, como pulsão, objeto pulsional, libido, Eu, autoerotismo, ideal do Eu e Eu Ideal (MIGUELEZ, 2007).

Os estados de paranoia e a escolha objetual homossexual possibilitaram as primeiras observações sobre o narcisismo em Schreber (1911) e Leonardo Da Vinci (1910), respectivamente, mas a partir de “Totem e tabu” (1913 [1912-1913]), e mais exatamente no texto “À guisa de introdução ao narcisismo” (1914), o Eu tornar-se-á o próprio objeto libidinal por excelência, estabelecendo, a partir daí, uma franca distinção com autoerotismo. O narcisismo começa a criar corpo, forma e conteúdo.

A libidinização do Eu é imprescindível à constituição da subjetividade, perdendo o seu inicial caráter patológico, para ser um componente fundamental do desenvolvimento psíquico, a ponto da ausência do investimento narcísico impossibilitar e restringir a organização da psique humana: “... a formação do eu representa o momento e o marco de integração e diferenciação no terreno psíquico...” (DELOUYA, 2010, p. 82).

A presença do “eu”, objeto de investidura libidinal, unidade inexistente nos começos da vida, vai ser postulada como o elemento de diferenciação. O narcisismo constitui-se solidário com estabelecimento do “eu”. O “eu” é a “nova ação psíquica” que deve acrescentar-se ao autoerotismo para formar o narcisismo (MIGUELEZ, 2007, p.86).

Ao nascer, há apenas os investimentos impostos pelo Isso, mas ao recolher para si o que lhe é prazeroso, o Eu começa a se organizar, forjando-se como objeto de satisfação pulsional, excluindo tudo o que é desprazer. O aumento do investimento no Eu, leva a um represamento da libido no Eu. O Eu Ideal é a onipotência da incipiente instância que começa a se organizar.

[...] a investigação psicanalítica pôde constatar com que frequência e regularidade a libido era retirada do objeto e dirigida ao Eu (introversão); e estudando as primeiras fases do desenvolvimento da libido infantil, a psicanálise concluiu que o Eu constituía o verdadeiro e original reservatório da libido [...] FREUD, 1920, p. 173).

Antes, o autoerotismo era a alternativa possível às precariedades subjetivas e motoras do bebê, culminando, mais tarde, na sexualidade perverso polimorfa da criança. Os arranjos narcísicos estão entre o autoerotismo e as metas sexuais, cuja transição dar-se-á com a introversão de um objeto externo pelo Eu.

É a identificação com o objeto que marca essa passagem, pois o autoerotismo é desprovido de objeto. Desta forma, Miguez (2007) é enfático: o autoerotismo é caracterizado pela ausência de direcionamento ao outro, é a pura e simples satisfação da pulsão no próprio corpo. O corpo todo é um objeto erógeno.

Os investimentos narcísicos dos pais permitem a introversão do objeto, resultando na constituição de um Eu idílico, um objeto supervalorizado, cujo próprio investimento é o refúgio do narcisismo paterno, encontrando na criança um porto seguro. São as trocas objetais entre a criança e os pais que forjam um Eu Ideal.

[...] ao repararmos na atitude de pais afetuosos para com seus filhos, seremos forçados a reconhecer que se trata de uma revivescência [...] o ponto mais vulnerável do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente encurralada pela realidade, ganha, assim, um refúgio seguro abrindo-se na criança [...] (FREUD, 1914, p. 110).

Em “Pulsões e seus destinos” (1915), a organização do Eu como unidade psíquica se inicia de forma fragmentada, através de pulsões e de identificações narcísicas, sendo sua imagem constituída através do outro, que, pelo olhar, o reconhece e o libidiniza, quando o investe de libido.

Os primeiros olhares, cuidados e manejos maternos investidos e dedicados ao pequeno e indefeso bebê o constituem, e o Eu fica capturado nas malhas identificadoras do objeto fascinante e fascinado do desejo do outro (BIRMAN, 1993), de modo a estabelecer uma relação de intersubjetividade com o outro, sustentada senão pelo desamparo.

O Eu (*Je*) só pode ocupar um corpo que possua história. A primeira versão desta história é elaborada pela psique que acolhe este corpo. Nesta história está contido um “Eu” (*Je*), referente à imagem do corpo da criança que a mãe antecipa, permitindo que a criança seja inserida num sistema de parentesco [...] (AULAGNIER, 2005, p.10).

A castração causa a ruptura da supervaloração narcísica, vinculada à alteridade e introduzida somente a partir do Complexo de Édipo, recordando a metáfora de Medusa — Perseu: o herói grego que, para não olhar para a mulher com serpentes na cabeça, desvia o olhar, conseguindo decapitá-la, justamente quando ela, refletida no reflexo do escudo de Atena, se enxerga e vira pedra.

Todavia, o enlace libidinal entre o Eu e o outro é uma projeção do Eu Ideal: o Eu Ideal é a experiência fundadora do Eu. De tal forma, o desejo de restabelecer a onipotência narcísica é constante no homem, nunca abandonado ou esquecido, sempre lembrado.

A libido narcísica ou do Ego parece-nos ser o grande reservatório de onde partem as catexias de objeto e na qual elas voltam a ser recolhidas, e a catexia libidinal narcísica do Ego se nos afigura como o estado originário realizado na primeira infância, que é apenas encoberto pelas emissões posteriores da libido, mas no fundo se conserva por trás delas. (FREUD, 1905, p. 206).

Quando o Eu assume a posição de objeto da libido, o Eu se tornará vulnerável aos ataques da próxima instância psíquica a ser formada, também amparada nas trocas primárias: o Supraeu. As ações do Supraeu são, de fato, dirigidas ao objeto introvertido; porém, devido à identificação narcísica, é o Eu quem sente o ataque.

A constituição da instância supraegoica tem os mesmos amparos das identificações narcísicas, mas sua organização remete ao Complexo de Édipo: diante da ameaça de castração, o Eu renuncia aos desejos incestuosos. Será a passividade diante do pai morto, no complexo paterno, que definirá tanto a organização psíquica do Supraeu, como a constituição de um “contrato”, que fundamentará as representações sociais e o aspecto filogenético.

Ao contrário de Narciso, que remete ao egoísmo, o Supraeu remete aos ideais sociais, o conteúdo filogenético transgeracional, nossas heranças mais arcaicas as quais nos fazem lembrar não apenas do Totem, mas principalmente do tabu, das interdições e proibições que a alteridade preserva, valoriza e enaltece.

A onipotência do Eu Ideal não se sustenta por muito tempo, é agredida constantemente pela realidade, cedendo espaço ao Ideal do Eu, pelo qual ele se mede e será medido. A ameaça de castração contra o Eu Ideal inicia-se a partir do Ideal do Eu, que exige a renúncia dessa onipotência infantil.

[...] o sujeito não quer privar-se da perfeição narcisista da sua infância e, como feitiço que se volta contra o feiticeiro, mantém parte dela na criação de um ideal de eu, a partir do qual compara seu eu atual. O ideal terá papel importante no recalque [...] (MIGUELEZ, 2007, p.96).

O Eu Ideal fantasia a presunção do Eu como originário, ao invés da alteridade, uma vez que não considera os investimentos narcísicos paternos, pois não os reconhece ainda, supõe apenas seu próprio desejo egoísta, medindo-se através de sua onipotência e idealização.

Porém, o mesmo desamparo, que inicialmente possibilitou sua constituição, mediante as trocas objetais entre Eu e o outro, servirá para impor renúncias pulsionais. É a ameaça de

castração que subverte o Eu Ideal no Ideal do Eu, quando: “... as fronteiras psíquicas começarão a se delimitar a partir das feridas narcísicas introduzidas pelo reconhecimento da alteridade...” (LINDENMEYER & CECCARELLI, 2012, p.49).

Segundo Moreira (2001), diante de perdas no âmbito das representações identitárias, há uma afirmação do narcisismo para a vida psíquica, pois a perda objetual se transforma em uma perda do próprio Eu, impondo rearranjos narcísicos emergenciais, sofridos e árduos.

Entretanto, os arranjos narcísicos, ainda que confrontados e cerceados, não são de todo desprezados e, mesmo após o estabelecimento da escolha objetual definitiva, as escolhas objetuais narcísicas são possíveis de coincidir, amando alguém que lhe recorde algo de familiar: “... Procuram abertamente a si mesmo como objeto de amor...” (FREUD, 1914, p. 107).

Os investimentos narcísicos se fazem em momentos distintos: o narcisismo, que possibilita a constituição do Eu, é o narcisismo primário, e quando o Eu, já capaz de desejar, retira a libido dos objetos e a reinveste em si, outra vez, há o narcisismo secundário. O Eu faz o investimento no narcisismo secundário, e, no narcisismo primário, o Eu está em elaboração, logo: o Eu nunca deseja sair da posição de objeto amado (FREUD, 1914).

O amor de perdição narcísico está em concentrar todo o investimento libidinal em si, causando um represamento, que em casos mais extremados, aliena e compromete o contato com a realidade, observados com frequência nas psicoses ou neuroses narcísicas.

O “egoísmo” que o narcisismo desvelou é necessário à organização, constituição e sobrevivência psíquica — a sua ausência, ao contrário, causará um adoecimento, contudo, o excesso impede e compromete o contato com a alteridade, levando a um adoecimento tão severo quanto.

Esta é a máxima do mito narcísico: o excesso mata, mas a ausência também o deixa morrer, pois o reconhecimento da falta pode se perverter em uma exasperação doentia, um reflexo vazio e petrificante: “... um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar.” (FREUD, 1914, pag. 106).

Sexualidade Perverso Polimorfa

*“Eu não sei onde ela tá agora,
mas, eu gostaria muito
que ela tivesse no inferno.”
Gabriela, 15 anos*

“Nasceu uma garotinha”, com esta exclamação Guilherme iniciava sua família, família esta que começou quando ele conheceu Geni, uma bonita mulata, em uma boate popular na periferia de Belém e, penalizado com as dificuldades que ela vivia, decidiu chamá-la para trabalhar como doméstica para ele. Celso era policial militar e acabara de se separar, precisava de ajuda.

Guilherme e Geni começaram a namorar, mesmo ela estando grávida de outro homem, o que ele aceitou e, quando a criança nasceu, tratava-a como se fosse sua filha. Mas após o nascimento do bebê, Geni adoeceu gravemente e morreu. Celso se viu viúvo, com a filha para criar, tarefa na qual foi auxiliado por sua família, mas Gabriela também adoeceu, não ficava boa, instalando uma desconfiança nos médicos, que decidiram fazer o teste anti-HIV, cujo resultado foi positivo, assim como o do próprio Celso. Atordoado, ameaçou se matar com a pistola de policial. Morreu triste, melancólico com o diagnóstico: primeiro perdeu o amor e por fim, terminou perdendo a própria vida.

Deixou Gabriela órfã, primeiro de mãe, agora de pai. Ela foi criada por sua mãe, Dona Celeste. A garotinha, hoje, é uma adolescente de 15 anos, mas a família de Guilherme nunca perdoou Geni pela perda do irmão, e nessa trama de tristezas, culpas e mágoas, aos 11 anos, a criança foi condenada por uma tia, pelos crimes da mãe: ser prostituta, estar grávida de outro homem, matar o irmão ao contaminá-lo com aids e ainda deixar uma filha doente para eles criarem.

Toda reflexão teórico-clínica psicanalítica sustenta a libido como a base fundamental do psiquismo, pois a constituição subjetiva está fundamentada na organização psicosexual, tanto que o sintoma, quando presente, o faz sempre como representante da atividade libidinal.

Embora o sexo como instinto e como função de reprodução possa ser pensado mediante as categorias da biologia, o mesmo não ocorre com o campo da sexualidade, pois a experiência de prazer para o sujeito impõe que a força do sexual seja transposta para o registro da representação. É nessa passagem que se materializa o que existe de especificamente humano na sexualidade [...] (BIRMAN, 1993, p. 124).

Portanto, na psicanálise, o sintoma é uma formação de compromisso, a repetição do que ficou estagnado no campo das pulsões, recordando conteúdos, cujos componentes eróticos, ainda ameaçadores, foram recalcados. (LIMA, 2006).

O conteúdo psíquico converge o somático no pulsional, e em suas respectivas marcas de identificação, quando o registro corpóreo e o registro simbólico, apesar de distintos, estabelecem uma interação permanente, estando a pulsão a intermediar essa interação.

O psíquico é constituído a partir das relações conflituais, organizadas entre o investimento libidinal e as frequentes ameaças de castração, sustentadas pela condição de desamparo psíquico universal, sendo impossível compreender e reduzir a subjetividade a uma unidade ou identidade.

[...] deixar de “assujeitar-se” para ser um sujeito, ou seja, alguém que, tendo uma falta, deseja e pode significar seus próprios desejos. Significa, também se inserir na lógica da diferença — o espaço em que a alteridade se constitui em toda a sua espessura [...] (BERLINK, 1985, p. 124).

Desde as primeiras observações na *Salpêtrière*, não havia dúvidas acerca da sexualidade como fator etiológico das psiconeuroses: “... em todos os casos em que as neuroses são adquiridas, elas o são devido a perturbações na vida sexual...” (FREUD, 1894, p. 233), e a atividade psíquica é regida pelo princípio do prazer. O desejo, o desamparo e o Eu estão articulados de forma inexorável.

A atividade pulsional é quem circunscreve o aparelho psíquico e os conflitos pulsionais, quando o sexual subverte o caráter inato ou hereditário, impondo a exigência de trabalho ao aparelho psíquico, afinal, a pulsão é uma força constante e precisa dar conta do desamparo, a permanente condição de desejante.

São a pressão e a meta pulsional que garantem a plasticidade objetual, afinal, trata-se do desejo, não do objeto, e o desamparo e a pressão pulsional garantem manutenção do desejo permanente de reaver o objeto, condição imprescindível para representação psíquica. A perda passa a requerer a inscrição do simbólico, instalando o psiquismo: o Eu não é o que existe, mas quem deseja (BIRMAN, 1993).

As impressões e experiências da psicosexualidade infantil fazem exigências pessoais de intensidades distintas, cabendo a cada um manejar o conteúdo erótico infantil de forma singular, implicando-se e dando conta do seu desejo. Em 1905, Freud revela e desmascara: a criança tem seus próprios desejos eróticos, e o corpo todo é erógeno. Nosso sexual é infantil.

Cada fase da sexualidade infantil possui zonas erógenas distintas, apoiadas, a princípio, nas funções orgânicas de alimentação e excreção, como evidenciam a fase oral e anal, cujas zonas erógenas são boca e ânus respectivamente, seguidas pelas fases fálica e genital, a qual é possível somente na adolescência, após a latência.

De toda forma, seria confortável e interessante a coincidência entre os objetos sexuais infantis e os objetos sexuais adultos. Entretanto, a psicanálise e a sexualidade infantil atestam justamente ao contrário: há frequentemente a incompatibilidade de objetos.

[...] a excitação sexual da criança provém de uma multiplicidade de fontes. A satisfação sexual surge, acima de tudo, mediante a excitação sensorial apropriada das chamadas zonas erógenas, e provavelmente podem funcionar como tal qualquer ponto da pele e qualquer órgão dos sentidos — provavelmente qualquer órgão [...] As excitações de todas essas fontes ainda não estão conjugadas, cada qual seguindo separadamente seu alvo, que é a mera obtenção de certo prazer. Na infância, portanto, a pulsão sexual *não está centrada* e é, a princípio, desprovida de objeto, ou seja, *autoerótica* (FREUD, 1905, p. 219 e220). Grifos do autor.

A fase fálica é marcada pelos complexos de Édipo e de castração, cujas tramas edípicas são não apenas o cerne das psiconeuroses, mas o epicentro da sexualidade humana, pois as vivências do complexo edípico organizam a disposição psicogenital, e o papel a ser desempenhado pelo Eu nas suas relações com o outro. Aliás, as zonas pré-erógenas são zonas corpóreas de contato privilegiado entre a criança e o seus pares.

[...] O Complexo de Édipo, queiram ou não os psicanalistas, é o eixo estruturante de toda concepção freudiana do humano, assim como pelo lado da filogênese, é o *mito científico* do parricídio na horda primitiva que cumpre este papel [...] (MOREIRA, 2001, p. 97). Grifos da autora.

Os arranjos sexuais infantis não coincidem com o objetivo altruísta da reprodução. Portanto, o estágio oral, o anal, o fálico são pré-genitais, e o estágio genital, além da disponibilidade da meta sexual plena, pressupõe o abandono dos objetos sexuais infantis. E a incompatibilidade entre as fantasias sexuais infantis e as atividades genitais ocasiona a perversão, a impossibilidade de lidar com o recalque.

O duplo tempo da sexualidade é o que favorece o recalque, pois permanecem os registros psíquicos dos objetos sexuais infantis, mesmo após a sua perda de capacidade de satisfação pulsional, o intervalo entre as fases pré-genitais e a genital permite a ocorrência de “lacunas” nas quais se instalam as neuroses.

Em primeiro lugar (deixando de lado os indivíduos cujo instinto sexual é exagerado ou que resiste à inibição) estão diversas variedades de pervertidos, nos quais uma fixação infantil a um objeto sexual preliminar impediu o estabelecimento da primazia da função reprodutora [...] (FREUD, 1908 p.175).

Com efeito, as “brechas” do Eu revelam a psicogênese e suas dimensões psíquicas de significação, pontuando o enlace do Eu e da alteridade. Desde o início, é pelo olhar do outro

que a criança se vê, pelo desejo do outro que a criança passará a desejar, e o primeiro outro da criança é a mãe: “a primeira relação de dependência do bebê humano é estabelecido com o Outro que, no início da vida, é encarnado por quem o acolheu no mundo e lhe deu vida psíquica...” (CECCARELLI, 2011, p.72).

[...] a criança aprende a *amar* outras pessoas que a ajudam em seu desamparo e satisfazem suas necessidades [...] o trato da criança com a pessoa que a assiste [...] usualmente a mãe – contempla a criança com sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como substituto de um objeto sexual legítimo [...] (FREUD, 1905, p.210 e 211) Grifos do autor.

O Complexo de Édipo subverte a alteridade, ao invés do erotismo, a interdição, forçando à renúncia dos desejos incestuosos e egoístas, graças ao desequilíbrio de investimento entre os pais: um será o rival e o outro, o par amado. Assim, para Édipo, o mais importante não é o que pode ser ganho ou perdido, seu mérito está naquilo em que o Eu se tornará (FREUD, 1913 [1912]).

Outra vez, o mito ilustra melhor: quando Édipo Rei rasga seus próprios olhos com adornos de ouro de Jocasta, extremamente consternado e perplexo pela profecia que cumprira, o assassinato do pai e o incesto com a mãe, Édipo se “vê” (BRANDÃO, 1987). A inscrição da alteridade contribuirá para a organização do Eu.

As trevas externas gerarão a luz interna [...] "a ação de reconhecer" e de se reconhecer começa efetivamente a existir quando se deixa de olhar de fora para dentro e se adquire a visão de dentro para fora. Mergulhado externamente nas trevas, o herói se encontrou (BRANDÃO, 1987, pag.269).

Os três gestos de Édipo, a saber, o parricídio, o incesto e a culpa traçam nossas trajetórias psíquicas individuais, em geral incompatíveis com a alteridade, graças à dissonância entre os desejos sexuais infantis e a meta sexual plena. E, embora Eros seja muito bem-vindo, a civilização não tolera todos os seus investimentos. A alteridade acena simplesmente à impossibilidade dos desejos libidinais incestuosos, diante de seus interesses altruístas e compulsórios.

O banquete totêmico, um mito, no qual a morte do tirano, que tinha todas as mulheres para si, introduz a ordem do simbólico, quando a comemoração pelo assassinato introduz a inscrição do sentimento de culpa, favorecendo a introjeção da lei paterna: a proibição do incesto pela ameaça de castração.

E ao matar o pai para tomar seu lugar e usufruir de suas benesses, o pai morto se fará mais forte do que quando vivo pois, morto, ele se inscreve como lei, entretanto, apesar de se

tratar do pai, do pai não é, pois o que se introjeta são as representações das interdições que o pai simbolizava (AMBERTIN, 2003).

Odiavam o pai, que representava um obstáculo tão formidável ao seu anseio de poder e aos desejos sexuais; mas amavam-no e admiravam-no também. Após terem-se livrado dele, satisfeito o ódio e posto em prática os desejos de identificarem-se com ele, a afeição que todo esse tempo tinha sido recalcada estava fadada a fazer-se sentir e assim o fazer sob a forma de remorso [...] O pai morto tornou-se mais forte do que o fora vivo [...] (FREUD, 1913[1912-1913], p. 146).

O que de fato é imposto é a forçosa renúncia aos desejos incestuosos e egoístas diante da lei — esta é afirmativa da alteridade. Assim, faz a subversão do Eu Ideal onipotente por um Ideal de Eu, o pai morto introjetado, medindo-se por esse ideal, aumentando as exigências e, assim, predispondo ao recalque. A criança deve recusar suas fantasias sexuais egoístas em prol da reprodução altruísta, contribuindo com a civilização.

[...] A sublimação do instinto é um traço bastante saliente da evolução cultural, ela torna possível que atividades psíquicas mais elevadas, científicas, artísticas, ideológicas, tenham papel tão significativo na vida civilizada [...] é impossível não ver em que medida a civilização é construída sobre a renúncia instintual [...] (FREUD, 1930, p. 60).

Vale ressaltar, o Ideal do Eu e os arranjos da cena edípica organizam a 3ª instância psíquica: o Supraeu, herdeiro do Complexo de Édipo, pelas interdições impostas por este. O Supraeu é aquele que corrompe os arranjos narcísicos implacavelmente, representando os conteúdos morais e sádicos, inscritos pela pulsão de morte, evidenciando a filogênese, a partir da intersubjetividade.

Embora haja abdicação da trajetória sexual infantil, não há o abandono total de suas dimensões fantasmáticas: suas marcas são recordadas e repetidas num contínuo, cujas formações subjetivas introduzem não apenas as fantasias objetais, mas sua significação e organização do conteúdo anímico, apontando as relações entre o Eu e o outro. De tal forma o repúdio e a subversão partem do próprio Eu que, afinal, não tem licença para fugir de si próprio (FREUD, 1937).

Desamparo

*“É, Deus quis assim, o que que posso fazer?
Vou ficar até aparecer a cura,
se eu ainda estiver vivo”
Caio, 16 anos.*

Um jovem tímido, mas de sorriso fácil. Com apenas 16 anos, foi flagrado usando drogas na escola. Órfão de pais, ambos vítimas fatais da aids. Nunca lhe disseram o que ele tinha, apenas os cochichos e sussurros sobre a doença que matou seus pais. Este “silêncio” e o uso da medicação lhe fez entender que ele também tem o vírus.

Mora com o tio, mas tem sempre por perto o avô materno, um senhor que chorou copiosamente ao falar sobre o dia em que perdeu sua filha, Tatiana, há 5 anos, sem tempo sequer de dizer adeus. Nunca havia falado com ninguém sobre a despedida que não aconteceu.

Residem em uma zonal vermelha de Belém, extremamente violenta, negligenciada pela inoperância do poder público, sem segurança, saneamento ou dignidade alguma conferida a um cidadão. Caio tem vários sonhos: já quis ser jogador de futebol, mas por conta do seu “problema” desistiu; hoje prefere ser um mecânico ou, quem sabe, escrever um livro, para ajudar “outros” como ele. Mora próximo à unidade de referência, mas sente vergonha de ir lá, quem pega sua medicação é seu avô. Não gosta de falar sobre a doença ou como se sente, lembra pouco do pai, mas recordou quando foram ao estádio, e ele o protegeu do tumulto que se formou. Lembra-se do sorriso fácil da mãe, Tatiana, cuja foto estava na sala, moldurada por uma rosa solitária.

As formulações teóricas psicanalíticas são recursos valiosos para a escuta analítica. Entretanto, se tomadas como canônicas, seus méritos conceituais não serão suficientes para dar conta da psique: a singularidade da teoria psicanalítica está na clínica (FIGUEIREDO, 2009). O mito individual de cada paciente, revelado na escuta clínica, empreendeu reformulações teóricas na metapsicologia freudiana, afirmando a experiência analítica como uma experiência intersubjetiva.

Os conteúdos psíquicos são atravessados pela presença do outro, o intrapsíquico traz a marca da alteridade. E supor sua ausência é assumir uma posição que em nada contribui com a psicanálise, renegando o próprio indivíduo e suas tramas eróticas, e a transferência não é apenas uma formulação teórica, mas a condição clínica, cujo “encontro” dos inconscientes ratifica a importância da intersubjetividade.

A força pulsional não se inscreve espontaneamente no universo da representação. Para que se realize o salto mortal do registro somático ao psíquico é fundamental que o *Outro* forneça ao infante o suporte para essa inscrição [...] A passagem da força

pulsional para o universo da representação exige a presença do Outro [...] É através de seu investimento que a figura materna permite a sexualização do corpo infantil e a colocação em movimento do sujeito interpretante pelas inscrições pulsionais [...] (BIRMAN, 1993, p. 20). Grifos do autor.

O termo alemão *Hilflosigkeit*, remete à fragilidade física do homem diante dos perigos naturais. Mas ocorre um desamparo psíquico: “...o bebê humano não tem como lidar com as demandas pulsionais filogeneticamente herdadas” (CECCARELLI, 2011, p. 72).

A condição de desamparo é inerente ao homem, comparável à necessidade de cuidados dedicados à criança, em seus primeiros momentos de vida, e será justamente o nascimento, o protótipo do desamparo. O desamparo é uma condição ímpar na constituição do Eu.

A cena do nascimento servirá como metáfora às situações futuras de perdas, das quais o homem não consegue se privar, e, na tentativa de sanar o desamparo, este apelará a recursos como a religião, na qual a figura de Deus, ou qualquer outro ser superior, remete ao pai mítico, o desejo recorrente do pai totêmico, que nos protege de tudo, e à civilização, com sua promessa leviana de proteção, que exige a renúncia pulsional.

O Eu usará do expediente imaginário para estabelecer representações psíquicas aos seus conflitos pulsionais: “... o universal do desamparo se singulariza na história de cada um, a partir da relação que a criança estabelece com quem lhe deu vida psíquica...” (CECCARELLI, 2010, p. 128).

Logo, o laço social é uma alternativa contra o desamparo, mas como a perda é inerente ao ser humano, haverá sempre a privação de seus preciosos objetos de amor: o seio, a mãe, as fezes, o falo, o Eu Ideal, o pai da infância, o amor do Supraeu, e muito menos se extingue o desejo de ser amado; todas estas recordações e repetições depõem contra o laço social, apontando a sua ineficácia, ameaçando-o.

O homem não tem interesse algum em abdicar do prazer: afinal, o imperativo do prazer e o narcisismo não permitem sua aceitação, mas o desejo contínuo de reaver o objeto perdido, uma repetição compulsória, tornará o verbo amar um verbo transitivo direto e indireto: o homem deseja amar, mas também ser amado.

O sintoma ou um estado afetivo, desencadeado por uma ameaça real: ambos possuem um conteúdo psíquico equivalente para sustentá-lo. O perigo, o medo, o trauma, a fixação e a repetição são indissociáveis, reinscrevendo a ameaça de castração, a reincidência do nosso desamparo.

[...] Nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade. O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre

nós com forças poderosíssimas, inexorável e destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos [...] (FREUD, 1930, p.31).

Portanto, o *Hilflosigkeit* é uma problemática constante, ajustada à ilusão da projeção do outro, como capaz de findar o desamparo do Eu, uma equação que não se extingue, pois o desamparo é anterior ao Eu. E absolutamente nada conforta ou elimina nossa incompletude, e embora Narciso não admita, somos todos “insocorríveis” (CECCARELLI, 2005).

Inicialmente, Freud supôs a possibilidade de “cura”: o manejo transferencial e o ajuste adequado da economia pulsional permitiriam uma reconciliação entre o sintoma e o material recalçado. Mas a elaboração do narcisismo(1914) e a nova dualidade pulsional (1920) obrigaram a ajustes teóricos, culminando na segunda tópica (1923). Não há cura para o desamparado.

[...] o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer criança para sempre, que nunca poderá passar sem proteção [...] a quem teme, a quem procura propiciar e a quem, não obstante, confia sua própria proteção [...] seu anseio por um pai constitui um motivo idêntico à sua necessidade de proteção contra debilidade humana. É a defesa contra o desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto do desamparo que ele tem de reconhecer [...] (FREUD, 1927, p. 33).

Embora a promessa da civilização seja ilusória, e o nosso hedonismo pulsional seja imperativo, a angústia do desamparo é um sentimento oceânico que mantém o aceite do laço social. É desta forma que Eros atua a favor da alteridade. O laço social se instala e, em troca, tenta converter o amor egoísta em altruísmo.

[...] Inicialmente a *horda paterna* é substituída pelo *clã fraterno*, garantido pelo laço de sangue. A sociedade repousa então na culpa pelo crime cometido: a religião, na consciência de culpa e no arrependimento por ele; e a moralidade, em parte nas exigências dessa sociedade e em parte nas penitências requeridas pela consciência de culpa [...] (FREUD, 1912-1913, pag. 223). Grifos do autor.

As ameaças narcísicas recrudescem as recusas psíquicas, pois, das perdas e ameaças que mais fustigam ao homem, a maior e a mais inexorável delas é a imortalidade do Eu (FREUD, 1914). Não é a nossa suscetibilidade e a fragilidade física, mas o amor por si próprio: ainda que a mãe tenha sido o primeiro objeto de amor, o Eu é o maior de todos e sempre há expectativa de reavê-lo. O inconsciente comporta-se como se fosse imortal.

A civilização de que participa impõe-lhe uma certa quantidade de privação, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja apesar dos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela. A isso se acrescentam os danos que a natureza indomada — o que ele chama de destino — lhe inflige. Poder-se-ia supor

que essa condição das coisas resultaria num estado permanente de ansiosa expectativa presente nele e um grave prejuízo ao seu narcisismo natural (FREUD, 1927, pag. 25).

A proposta de renúncia pulsional da civilização, baseada em uma felicidade irreal falaciosa, torna-se um trato frágil e arriscado, pois, cedo ou tarde, o imperativo do prazer se faz atuante, e o egoísmo tentará subverter a alteridade, mesmo que seja pela via do adoecimento.

Ainda que as insígnias do desamparo advenham de um perigo externo, há atuação dos conteúdos psíquicos, nos quais Édipo introduz e reafirma a alteridade — por conseguinte, a castração, o que torna o Eu vulnerável ao Supraeu. Portanto, a civilização não teme por Eros, que é o pai da civilização, mas por Tanatos, cujo ímpeto de violência e agressividade é a ameaça maior à ordem da civilização.

[...] o ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender, quando atacado, mas sim que ele deve incluir, entre seus dotes instituídos, também um forte quinhão de agressividade. Em consequência disso, para ele o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão, para explorar seu trabalho sem recompensá-lo, para dele se utilizar sexualmente contra sua vontade, para usurpar seu patrimônio, para humilhá-lo, para infligir-lhe dor, para torturá-lo e matá-lo [...] (FREUD, 1930, p. 77).

A exigência de repostas impossíveis, nas quais a satisfação de uma ordem significa a transgressão de outra, baseadas em regulações contraditórias, promotoras do adoecimento neurótico, um paradoxo autoritário, indicativo de uma escolha impossível, e de alto custo para o Eu: desejar ser-com ou desejar ser-só. Ao ser-com, ele destroça uma ambivalência irreduzível; ao ser-só, ele desaba no vazio. Se optar por satisfazer a ambas, inevitavelmente adocece (FIGUEIREDO, 2009).

A cultura, ao tentar interditar nossos ideais onipotentes, suprimindo-os pela imposição de seus ideais, lançará mão de utopias compulsórias para normatizar e legitimar a alteridade. Mais do que nunca, os componentes filogenéticos vão cerceando os ideais narcísicos, criando fissuras e marcas, muitas vezes permanentes e perigosas.

Análise das entrevistas

*“[...] quando uma aldeia se transforma numa cidade,
ou uma criança num homem,
a aldeia e a criança ficam perdidas
na cidade e no homem
[...] cada etapa anterior de desenvolvimento
persiste ao lado da etapa posterior dela derivada.”
(FREUD, 1915, p. 294)*

Mais do que pequenos recortes das entrevistas aqui brevemente relatadas, trata-se de episódios significativos na vida de três jovens, que, tendo em comum além da faixa etária e a transmissão vertical, apresentam outras “semelhanças” como o contato precoce com a morte, o preconceito e o estigma, e o risco constante de adoecimento do corpo, que ameaça e assombra sua juventude como um fantasma.

São marcas na corporeidade narcísica impressas pela aids. Aliás, segundo um deles, participar da pesquisa lhe permitiria a oportunidade de compartilhar sua história e, assim, talvez ajudar a outros que, como ele, contaminados via transmissão vertical, sofrem e enfrentam dificuldades por isso: “pessoas assim que não entendem ainda que podem viver normal... um jeito de mostrar que a pessoa pode” (Felipe, 17 anos).

Início com o relato do responsável legal de um deles, que foi sugerido pela equipe da Casa-Dia, pois atendia aos critérios da pesquisa: adolescente, usuário do serviço de referência, infectado por transmissão vertical e conhecedor de sua sorologia, e provavelmente aceitaria participar, pois era um “garoto legal”, embora estivesse afastado da unidade devido a alguns problemas: a morte recente da avó materna e o envolvimento com drogas.

Graças ao apoio da equipe de psicologia do centro de referência, contatei o seu avô materno, o responsável legal do mesmo. Seria um contato inicial, útil para explicar sobre a pesquisa e tentar obter o consentimento legal, mas também para conhecer um pouco sobre o adolescente e sua família antes de encontrá-lo pessoalmente.

Segundo Agenor (nome fictício), sua filha havia sido contaminada pelo ex-companheiro, Sérgio, pai do adolescente. Ele morreu primeiro, tinha problemas de “sapinho” — monólise oral — e furúnculos. Sua filha, entretanto, jamais havia adoecido, tinha apenas algumas “crises”, quando era obrigada a procurar o hospital.

Quando ela faleceu, ele estava em casa, o que era incomum, pois era caminhoneiro e vivia viajando. Ele e uma irmã de Sérgio levaram-na até o hospital. Na madrugada veio o telefonema: “acabou”. Foi a primeira vez que ele se emocionou na entrevista.

Sua filha era bonita e alegre e nunca falou sobre a doença, nenhuma queixa. Quando ela morreu, seu neto tinha apenas onze anos de idade. Inconformado, o avô equiparava a aids a outras doenças como a tuberculose e o câncer, perigosas, mas curáveis em alguns casos, questionando: “que diabo de doença é essa?”. E outra vez ficou emocionado.

Segundo ele, antigamente era possível identificar alguém com aids pela aparência, mas isto mudou. Relatou que o neto sabe sobre o vírus e que se queixa de preconceito, pois “as pessoas falam que ele tem aids”. Por isso, quem pega a medicação do garoto é o avô ou o tio, “não me sinto discriminado, estou tranquilo porque sei que não tenho” (Agenor).

Ele acreditava que a filha tomava o coquetel, mas após sua morte descobriu a medicação vencida escondida no quarto dela debaixo do colchão e, de acordo com uma amiga, ela havia parado com os remédios porque se sentia bem, sem qualquer mal-estar ou desconforto.

Na noite em que ela morreu, ele imaginava que ela fosse ficar internada e depois voltar para casa, como de costume. Perguntei: “então, você não se despediu de sua filha?”. Ele acenou com a cabeça, negando e marejando os olhos. Chorou copiosamente. Foi necessário um trabalho de acolhimento, pois o “encontro”, que serviria para tratar sobre a pesquisa, mobilizou afetos sobre a dor pela morte da filha.

Após alguns minutos, fiz uma última pergunta: “você nunca havia falado com ninguém sobre isso, afinal passaram-se quase cinco anos?”. Outra vez chorou bastante. Afaguei seu braço, acolhi e respeitei todo aquele sofrimento. Após algum tempo, ele pediu licença e entrou. Ao recordar a cena, me emociono.

Impressiona no relato o sofrimento pela morte da filha, tão difícil que, mesmo após cinco anos, ele nunca havia falado com ninguém sobre aquilo, uma dor que foi agravada pelo fato de não ter se despedido. Ele a levou ao hospital supondo que logo ela estaria em casa, mas foi acordado no meio da noite, dando-se conta de que “acabou”.

São quase trinta e três anos de epidemia no Brasil, mas o sofrimento que a doença causa ainda é tão grande quanto o número de vítimas. A qualidade e eficácia da TARV não apaziguou ou atenuou o trauma do diagnóstico: ainda há muito mal-estar e sofrimento e, embora não haja mais a aparência associada à síndrome, a aids ainda carrega o estigma da morte.

Seu relato evidencia a representação social sobre a aids. Não houve a desvinculação entre o vírus e a síndrome, muito menos houve um distanciamento entre a aids e a morte, ainda percebidos como sinônimos, e mesmo a eficácia do tratamento não extinguiu o medo de morrer de aids, a doença invencível e incurável que o fez questionar: “que diabo de doença é essa?”.

Mas se a “cara” da morte está bem viva, o preconceito também. Mesmo sendo impossível identificar pela aparência uma pessoa vivendo com aids, ele comparou o preconceito

contra a aids com o racismo, afirmando ser algo que não vai acabar. Curiosamente, no racismo a discriminação é contra características fenotípicas, evidenciadas na cor da pele, tipo de cabelo ou formato do nariz. Embora sem “cara”, a aids ainda impõe marcas que causam a discriminação e marginalização de suas vítimas.

A aids é uma marca na corporeidade narcísica forjada a partir das inscrições que a alteridade impõe. Ela consolidou-se como uma severa nódoa social e psíquica, cobrando e imputando um preço alto aos que vivem com a doença, marcados pelo estigma que a epidemia impregna: lutando pela vida e temerosos à espera da morte. Inscrições estendidas a seus familiares, que sofrem pelos parentes infectados, doentes ou mortos.

Persiste a ameaça fantasmática aos contaminados com o HIV, desenvolvendo a aids ou não. Portanto, aos nascidos infectados, não seria possível sentir-se como uma bomba relógio que ameaça explodir a qualquer momento, seja pelo risco de ter aids ou pelo risco de morrer de aids?

Apenas três adolescentes participaram desta pesquisa, e para garantir o sigilo e a não identificação dos mesmos, os nomes são fictícios: Felipe (17 anos), Caio, (16 anos) e Gabriela (15 anos). Para os três, a aids é um “isso”, uma doença inominável e impronunciável, que deve ser mantida em segredo e esquecida.

É uma espécie de pacto silencioso entre eles e seus familiares, não apenas para evitar o preconceito, mas para refutar ao máximo qualquer afirmativa da aids, pois estas repercutem diretamente no risco de vida, na certeza da morte: “deixo de lado, eu não gosto de ficar pensando nisso” (Caio, 16 anos).

São estratégias de sobrevivência usadas por adolescentes que já nasceram à sombra da aids. Vale ressaltar que a família só revela o diagnóstico na adolescência, quando os primeiros interesses sexuais se manifestam e a maturidade permite ao adolescente colaborar e co-responsabilizar-se pelo tratamento.

- Felipe tem 17 anos, é filho de pai francês e mãe brasileira. Após a morte da mãe em decorrência da aids, desenganado pelos médicos no Brasil, foi para a França com o pai, que não foi contaminado. Morou por oito anos fora do país, retornando à época do segundo casamento de seu pai com outra brasileira, cujo apoio é fundamental e a quem ele chama de “mamãe”. Estuda regularmente e tem planos para o futuro, está concluindo o segundo grau, pensando em algum curso na área de informática como opção no vestibular.

- Caio tem 16 anos, é órfão de pai e mãe, ambos vítimas fatais da aids. Mas ele prefere falar que eles morreram de tuberculose e hepatite C, respectivamente, pois sofre grande preconceito em sua vizinhança. Recebe benefício social e mora com o tio, indo na unidade de referência apenas quando adocece.
- Gabriela tem 15 anos, é a única mulher a participar da pesquisa. Perdeu a mãe e o padrasto, ambos também vítimas da aids, foi criada pela família dele, e tudo o que soube a respeito da mãe foi dito pela tia paterna: foi uma prostituta e infectou seu padrasto com HIV. A adolescente recebe um benefício social que fica sob a responsabilidade de uma tia, mas os graves conflitos familiares interferem no seu tratamento, obrigando a unidade de saúde a acionar o Ministério Público para garantir a assistência médica e multiprofissional. Entretanto, ela permanece fazendo uso irregular da medicação, e também relatou episódios de conflitos com a lei, atos de violência urbana e de exploração sexual.

A “descoberta” e a reação.

Todos os entrevistados souberam do HIV-aids no início da adolescência, quando o que parecia ser um segredo de família tornou-se um segredo dos adolescentes. Felipe (17 anos) suspeitava que tinha algo: “eu tomava remédio direto, só que eu não... eu pensava que era por causa de um problema de fígado, essas coisas” (Felipe, 17 anos).

A capacidade de entender e, assim, colaborar no seu próprio tratamento, os primeiros interesses sexuais e o próprio desejo de saber o que ele tinha contribuíram para uma conversa mais franca entre ele e seus pais.

E descreve assim sua reação: “foi um choque assim... mas... não foi um choque tão forte, por que eu já sabia que tinha uma doença, mas não sabia que era uma doença assim... eu pensava assim... que era uma coisa normal, que todo mundo poderia ter, todo mundo podia tomar o mesmo remédio que eu; depois que eu descobri, me falaram isso, eu tombei no chão” (Felipe, 17 anos).

Caio não teve a mesma sorte. Ninguém precisou conversar com ele para lhe revelar sua sorologia. O uso da medicação, a morte dos pais, os sussurros e cochichos denunciaram a presença do HIV: “... eles falavam por que ele tinha morrido e tudo, aí eu escutava... por causa

do que eu me tratava... eu mesmo soube, eles ficavam falando... aí eu ficava só escutando” (Caio, 16 anos).

E, mesmo após a morte do pai, ele jamais conversou sobre isso com sua mãe, que veio a falecer três anos depois. A tragédia familiar tronou-se o segredo de família, que prossegue em sigilo, em silêncio. Ele não gosta de falar sobre isso e, de um modo mais resignado, usa do pai totêmico projetado em Deus para dar conta do seu desamparo: “É, Deus quis assim, o que que posso fazer?” (Caio, 16 anos).

Para Gabriela, a revelação sobre o HIV foi através de um ato de violência psicológica praticado pela tia: talvez ainda magoada pela perda do irmão, ou reencenando conflitos edípicos próprios, esta decidiu contar tudo sem acordo ou pactuação alguma com o restante da família, agravando mais ainda os conflitos familiares da adolescente.

A tia fez várias acusações contra a mãe de Gabriela. Segundo a menor: “... eu não sou filha deles de sangue, que eu sou adotada, que eu não sirvo pra nada, que a minha mãe era uma prostituta e que eu tinha sorte de que o meu pai, que me adotou, encontrou a Geni, e tirou ela dessa vida e me deu o nome dele, porque senão, não era pra mim “tá” viva nesse momento. Ela falou um monte de coisa pra mim, sabe? E eu me lembro como se fosse ontem” (Gabriela, 15 anos).

O modo como a tia revelou sua sorologia teve um efeito catastrófico para Gabriela: “...eu era muito nova, tinha apenas onze anos, eu ia fazer onze anos ainda, pra contar uma coisa assim, tão forte. Eu acho que foi mais [por] isso a minha revolta” (Gabriela, 15 anos).

Para os três entrevistados, o diagnóstico positivo para o HIV foi traumático. E apesar de ter sido comunicado da forma mais adequada possível, como parece ter ocorrido com Felipe, nada atenuou o impacto severo do diagnóstico, de forma que, talvez, a expressão usada por ele seja a mais apropriada para ilustrar o efeito da revelação: “eu tombei no chão”.

A descoberta de ter o vírus foi um abalo narcísico mesmo quando eles já desconfiavam de algo: supunham-se “doentes”, pois o uso dos antirretrovirais durante a infância denunciava algo estranho. No caso de Gabriela, o impacto foi duplicado: ela não apenas soube do vírus, mas também de sua origem, apresentada de uma forma moralista e acusatória.

Para ela, a revelação do diagnóstico ocasionou perdas nas suas representações identitárias mais caras: o quem Eu sou. Descobriu sobre a adoção e que não servia para nada, que foi salva pelo amor de um homem que aceitou sua mãe grávida de outro. A descoberta do vírus, por sua vez, confrontou seu ideal de onipotência narcísico, afinal, não ter cura faz com que a doença seja imperiosamente associada à morte, atacando, assim, o ponto mais vulnerável do sistema narcísico: a imortalidade do Eu (FREUD,1914). Segundo Freud:

[...] é verdade que a afirmação “Todos os homens são mortais” é mostrada nos manuais de lógica como exemplo de uma proposição geral; mas nenhum ser humano realmente a compreende, e o nosso inconsciente tem tão pouco uso hoje, como sempre teve, para a ideia da sua própria mortalidade [...] (FREUD, 1919, p. 259).

Das verdades que “ninguém tem coragem de te contar”, como afirmou a tia, segundo Gabriela, a doença foi a que mais a assustou e a revoltou; das cruéis revelações que lhes foram feitas, foi a presença do HIV que mais a agrediu, evidenciando um desamparo diante do ataque narcísico que a aids evoca: “saber, assim, que não tem cura e que o preconceito é grande, eu acho que é mais difícil” (Gabriela, 15 anos).

Todos eles falaram em morte, a finitude inexorável comum à humanidade, mas que o HIV realça. Contudo, ainda como afirmou Freud (1914), na mesma destruição das idealizações do Eu através de seus fracassos e perdas também é possível refazer novos investimentos narcísicos, como ocorreu com Felipe, graças ao apoio e ao investimento narcísico parental, o que infelizmente não ocorreu com os demais adolescentes.

Apesar do impacto da descoberta, que o fez “tombar no chão”, por outro lado, esta permitiu a reorganização de suas defesas psíquicas, aumentando os seus investimentos narcísicos: “a hora que descobri ‘eu vou ter que fazer uma nova vida’, vamos dizer, renascer... depois que descobri, [busquei] um modo de pensar” (Felipe, 17 anos).

No caso de Gabriela, as dificuldades familiares intensificam e comprometem mais ainda sua condição clínica, já que faz uso irregular da medicação: “... Porque eu tenho muita vontade de morrer... porque eu não queria deixar dinheiro pra ninguém. Porque se eu morrer, ninguém vai brigar por causa de dinheiro... é porque eles brigam comigo (Gabriela, 15 anos).

É quando o vírus passa da mãe para o bebê

Nosso trabalho nos levou a refletir que a transmissão vertical e, principalmente, o contágio via sexual empreendem uma característica distinta e irrefutável à aids: a dimensão mítica. A aids constitui um capital fantasmático próprio.

Em “Totem e Tabu” (1913), Freud afirmou: “Não deve ter escapado a ninguém, em primeiro lugar, que imaginamos na base de tudo uma psique das massas, em que os processos psíquicos ocorrem tal como na vida psíquica individual” (p. 239). E em “Psicologia das massas e análises do Eu” (1921), a identificação é “... a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva

a uma outra pessoa. Ela desempenha um determinado papel na pré-história do complexo de Édipo” (p.60).

Portanto, o mito individual do neurótico é tributário do imaginário social, no qual o indivíduo está inserido que, por sua vez, guarda relações diretas com os mitos fundadores da cultura, ressurgindo com vigor através das tramas eróticas da infância, e amparado em suas próprias monções pulsionais. Segundo Freud:

Tudo o que encontramos na pré-história das neuroses é que a criança lança mão dessa experiência filogenética quando sua própria experiência lhe falha. Ela preenche as lacunas da verdade individual com a verdade pré-histórica; substituí as ocorrências da sua própria vida por ocorrências na vida de seus ancestrais [...] (FREUD, 1918[1914], p. 104).

Quando a tia conversou com Gabriela, afirmando que decidiu “contar a verdade, porque ninguém tem coragem de te contar”, sem nenhuma preocupação com o bem-estar da menina, apresentou uma imagem de sua mãe como uma prostituta, que contraiu o HIV e infectou o homem que a criou como se ela fosse filha dele, por sua vez apresentado como um homem bom, uma vítima da sedução. Essa conversa teve grande impacto sobre Gabriela, que revelou ainda que, nesse momento, havia uma prima presenciando tudo, sorrindo como se assistisse a um prazeroso espetáculo.

É impossível não recordar a metáfora edênica agostiniana, a sexualização do pecado original, convertendo o homem no inocente eterno e a mulher em uma pária sórdida (CECCARELLI & SALLES, 2010). A transmissão da aids, embora não devesse mais ser restrita à noção falaciosa de grupo de risco, neste caso, como se vê, ainda preserva a associação entre aids e promiscuidade.

Tudo o que a moral sexual civilizada abomina e condena, persiste no imaginário social e, através da aids, tem uma nova oportunidade de ser execrado, como se o contágio atuasse exclusivamente no universo “pecaminoso” dos promíscuos. No caso da transmissão vertical, o imaginário social fornece elementos que podem levar o sujeito a culpabilizar a mãe pelo contágio; de tal forma, é possível afirmar:

O risco da transmissão vertical do vírus HIV da mãe para o filho mostra a face mais perversa da aids, pois converte a mãe, quem gera a vida, em alguém que também pode disseminar uma doença incurável. A transmissão vertical aproxima os opostos vida-morte, pois enlaça o amor materno, abnegado e sublime, com a mortalidade aqui representada pela aids, este confronto impõe à mãe novos conflitos narcísicos. (BARRETO&CECCARELLI, 2012, p. 2).

Gabriela e Felipe culpavam a mãe pelo contágio: “até no começo eu botava muita culpa nela... Culpa por eu ter nascido assim, por ela... por ela ter essa irresponsabilidade em ter [a doença] e eu ter me prejudicado” (Felipe, 17 anos).

Gabriela, que conviveu com a mãe por poucos meses, quase um ano de vida, afirma não ter lembranças dela. Tudo o que relata desta mãe é a partir das acusações contra ela, que foram imputadas pelas tias, que a culpavam por ter deixado uma “filha” doente, que nem é “sangue delas”. No relato de Gabriela: “Ela mesma me maltratou... Me dando o leite dela... mãe verdadeira é aquela que quer proteger os filhos, e ela não quis me proteger, de forma alguma... (Gabriela, 15 anos).

Neste ponto da análise, outro conteúdo mítico foi evidenciado em sua fala: o mito do amor materno. Já vimos, com Badinter (1980), que a maternidade é um ideal sublime na sociedade ocidental, mas que parece ser maculado pela aids pela ascese moral sexual e pela culpa, criando conflitos psíquicos dolorosos: “aos olhos de muitos, não amar um filho é o crime inexplicável” (BADINTER, 1980, p.13). É o que parece ter acontecido com Gabriela.

Para a filha, Geni não foi a mãe ideal, distante da idealização que Maria representa, o símbolo do “amor doação”. Ao invés do dom divino de gerar a vida, Geni gerou uma criança doente, portadora do HIV. E ao alimentar a filha com seu leite infectado, esgotou qualquer chance de ser uma boa mãe: “ela não quis me proteger de forma alguma” (Gabriela, 15 anos).

Para Gabriela, ter sido infectada pela mãe com um vírus que causa uma síndrome como a aids é um crime que ela não perdoa: “eu não sei onde ela ‘tá’ agora, mas eu gostaria muito que ela ‘tivesse’ no inferno” (Gabriela, 15 anos).

Em seu relato, outro conteúdo mítico pode ser analisado: a Eva sedutora que, ao invés da maçã, transmitiu “aids” para Guilherme. A Geni, tal como apresentaram a Gabriela, foi uma prostituta que estava grávida de outro homem, mas mesmo assim, apaixonado, Guilherme a aceitou. Comenta Gabriela: “E ela ainda passou [a doença] pra mim, ela ainda passou pro meu pai, que adotou, que tirou ela ‘da vida’, que deu toda atenção, carinho, que me deu o sobrenome dele. Ela acabou com a vida dele, e acabou com a minha” (Gabriela, 15 anos).

Na transmissão vertical, como se vê, aparecem os conteúdos místicos da cultura, e no caso de Gabriela, sua mãe é descrita como uma mulher com uma sexualidade ativa, encarnada pela prostituta, quando reinscreve e repete a “Eva Tupinambá”, lasciva e antropofágica, e fracassa como a mãe abnegada e amorosa da referência mariana.

HIV-aids é ...

“Ser normal” é o desejo de Felipe. O vírus é mantido à distância, um recurso narcísico, a negação, que mantém intactas e preservadas suas fantasias e defesas narcísicas. A medicação e acompanhamento médico são as únicas afirmativas da presença do vírus.

O não pensar e o não falar garantem o estabelecimento de novos investimentos pulsionais em objetos distintos, inclusive em relações afetivas: “sou uma pessoa normal, mas [que] tem vírus... somos humanos, somos as mesmas coisas, só que eu tenho o vírus guardado. Então é uma coisa pequena, eu sei que ela é mortal, mas pra mim é uma coisa inútil, uma coisa assim, não sei dizer a palavra certa, uma coisa que não tem importância, é assim que eu penso, todos somos iguais” (Felipe, 17 anos).

“Eu deixo isso de lado, eu não gosto de ficar pensando nesse negócio ... eu prefiro assim, eu deixo esse negócio de lado. Eu só controlo mesmo o que tenho de controlar, mas eu deixo de lado... é como se, pra mim, não tivesse nada, eu deixo pra lá, me esqueço, a pessoa... como é que se diz, isso é normal, eu não tenho nada, nada... aí, eu deixo pra não, aí eu me lembro... eu me esqueço, eu não [me] lembro de nada... fico só pra mim, lá, assim” (Caio, 16 anos).

Esta é a estratégia de Caio, deixar o “isso” para lá, uma alternativa para esquecer-lo, mas o Eu não pode fugir de si próprio (FREUD, 1937) e, ao mesmo tempo em que ele não pensa “nesse negócio”, tentando convencer-se de que é “normal” e, que não corre risco algum, evidentes defesas narcísicas, mas o inconsciente atua: “aí eu me lembro” (Caio, 16 anos).

O estranho familiar recalçado preserva a fantasia onipotência do Eu: sua imortalidade. Atenua o sofrimento sobre a finitude, tão aflitiva do ser humano. Os comentários maledicentes dos vizinhos investigando sobre a morte dos seus pais, e indagando se ele próprio tem aids, rememoram o risco dele adoecer e morrer. E esta é a grande castração da aids: a certeza de morte, evocando ao desamparo e o ataque à imortalidade do Eu.

[...] esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão [...] Dificilmente existe outra questão, no entanto, em que as nossas ideias e sentimentos tenham mudado tão pouco desde os primórdios dos tempos, e na qual formas rejeitadas tenham sido tão completamente preservadas sob escasso disfarce, como a nossa relação com a morte [...] (FREUD, 1919, p. 258.259).

Mesmo preservando sua condição, Caio não elimina a desconfiança e, talvez, a certeza da vizinhança, que parece saber sobre a morte de seus pais devido à aids, e que ele tem o vírus; isto o incomoda bastante: “incomoda qualquer um... eu não gosto de dizer o porquê que eles

morreram... porque, se eu disser, vão ficar me discriminando... ficaram comentando isso aí, perguntando se eu tinha ou não...” (Caio, 16 anos).

Ele prefere não frequentar a unidade de referência próxima a sua casa, o que confirmaria a suspeita dos vizinhos: “eu nem gosto muito de ir lá, não, porque fica aqui perto de casa, aí vou entrar, vão ficar falando. Eu não gosto muito de lá” (Caio, 16 anos).

Nem as namoradinhas de Felipe e Caio sabem de sua sorologia, segredo mantido às custas da exigência do preservativo. Gabriela, por sua vez, revela aos namoradinhos sobre o vírus, e como os meninos, também exige a camisinha: “eu não quero prejudicar ninguém, não é pelo simples fato que me passaram que eu vou passar” (Gabriela, 15 anos).

Os namorados de Gabriela nunca a discriminaram pelo HIV, acham normal isso, o que ela discorda: “eles falam que é normal porque não é [com] eles” (Gabriela, 15 anos). Mas o uso eventual de algumas drogas pode comprometer o uso do preservativo, risco para outras DST’s, transmitir o HIV, e uma gravidez não planejada.

“Que diabo de doença é essa?”

Os antirretrovirais, as exigências constantes de cuidados e a lipodistrofia, que o tornou vítima recorrente de *bullying* escolar (já foi chamado de “macaco”, e hoje seu apelido é “caveira”), eram indicativos que havia algo diferente, uma desconfiança que causou grande sofrimento para Felipe.

Sua infância foi consumida por essa desconfiança, foi o pior momento: “foi na infância que eu não sabia, então isso foi uma tortura, uma tortura: ‘Poxa, por que minha vida é assim?’ ‘Por que eu tenho que tomar o remédio?’ ‘Por que eu não posso isso?’ ‘Por que eu não posso aquilo?’ Então, aquela tortura de tu não saberes o que tu tens, por que isso? Por que aquilo? E ninguém te fala nada... A minha infância toda naquela raiva” (Felipe, 17 anos).

A infância foi afetada por angústias frequentes sobre a verdade, até então encoberta, embora ele suspeitasse de alguma coisa. Outra vez o pacto de silêncio entre os pais, o não nomeado deixava algo apenas suposto, cuja expectativa era de um problema hepático. A infância maculada pela raiva “do não saber”, apenas suspeitar: “só falam uma coisa, mas é uma mentira” (Felipe, 17 anos).

Quando soube do que realmente se tratava, primeiro ele tombou, mas em seguida conseguiu manter um investimento psíquico em si próprio, o Eu Ideal em ação: “depois eu fui entender o porquê [que] me falaram depois de um certo tempo. Essa que foi a minha pior hora,

mas depois que eu fui sabendo, fui amadurecendo, fui crescendo, aí fui melhorando” (Felipe, 17 anos).

O amor por si mesmo, que já foi desfrutado pelo Eu verdadeiro na infância, dirige-se agora a esse Eu ideal. O narcisismo surge deslocado nesse novo Eu que é ideal, e que, como o Eu infantil, se encontra agora de posse de toda a valiosa perfeição e completude (FREUD, 1914, p. 112).

E apesar da tortura sobre o estranho que muito lhe era familiar, a contaminação vertical lhe isentou de qualquer culpa: esta, talvez, coubesse à mãe, cujo crime também é o assassinato. Neste caso, recordamos que o assassinato foi a origem da civilização (FREUD, 1913), e o matricídio também é um crime intolerável, recrudescendo o conteúdo mítico da civilização.

Quando perguntei sobre sua mãe biológica, morta quando ele tinha apenas 4 anos, Felipe não recorda detalhes ou imagens, são apenas fotos que preservam a memória física sobre ela, e o resto ele prefere não saber, sequer pergunta aos pais o que houve com ela, se ela sabia sobre o vírus: talvez seja uma estratégia para manutenção do mito do amor materno que ele prefere não macular: “eu não tenho toda a história... talvez eu não queira saber” (Felipe, 17 anos).

Ressalto e esclareço: faço inferências, divagações, são conteúdos psíquicos que deveriam ser manejados adequadamente na clínica, como sugeri ao término de cada entrevista. Entretanto, a emergência destes durante as entrevistas são sugestivos, permitindo a formulação de hipóteses que apenas a clínica permitiria enunciar, o que não é o caso — aqui são apenas entrevistas, não atendimentos.

Por outro lado, esta estratégia de projetar a culpa do contágio à mãe também permite um melhor manejo sobre a contaminação, recurso útil para evitar a atuação de conteúdos supraegoicos e os tão arriscados ataques melancólicos: “um adulto, ele não ‘tá’ vivendo uma nova vida, ele não, se a pessoa não convive, não tem uma vida do início até o fim, ele não vai ser feliz, ele não vai entender, ele não vai ter uma mentalidade, uma crítica como eu. Vamos dizer, se um adulto pega [aids] agora [e] tem uma relação, ele vai ter aquele choque, ele não vai viver, ele vai sempre se culpar, ele vai culpar, vai se isolar, vai acabar morrendo mais cedo. A pessoa acaba assim” (Felipe, 17 anos).

E prossegue Felipe sobre os que nascem contaminados: “a pessoa vivendo desde que nasceu até... vamos dizer, é como se tu ‘tivesse’ um cachorro novo, tu ‘vai’ te acostumar com ele, é coisa assim, é implicante isso e aquilo, mas tu ‘tá’ te acostumando, tu ‘vai’ te acostumar um dia, ele vai ser teu amigo, ele vai ser teu, quando ele se distanciar tu ‘vai’ sentir falta dele, no meu pensamento acho que é isso a diferença. Uma pessoa que nasce com isso não tem culpa, mas ela ‘tá’ vivendo uma vida nova de outras pessoas... Porque ela vai viver normal, só que vai

viver especialmente. Eu não acho que eu sou especial, mas acho que a outra pessoa, uma criança que vai nascer, é especial porque ela tem isso, ela tem o vírus, ela vai ter os cuidados, ter uma vida que as pessoas não levam, uma vida que uma pessoa não leva, de uma pessoa que tem aids, isso que eu penso” (Felipe, 17 anos).

Felipe aproveitou a oportunidade de viver uma vida nova e sem culpa, deixando de ser especial, tornando-se “normal”, admitindo cuidados, mas que não o limitam ou o tornam diferente. Ser HIV⁺ desde o nascimento lhe permite ajustar suas representações identitárias e, na mesma fissura do Eu Ideal, tratou de reorganizar e converter os investimentos narcísicos em defesas narcísicas.

Gabriela, ao contrário de Felipe, cuja revelação e amparo parental lhe permitiu ajustes e novos investimentos narcísicos, após a conversa com a tia, focou-se nas fissuras e delicadezas do Eu. Para ela, o vírus representa “só o caminho de morte... já existe essa doença há tantos anos no Brasil e no mundo, ainda não descobriram a cura... Eu não quero o tratamento, eu queria a cura disso” (Gabriela, 15 anos).

Gabriela é acuada pela ameaça de adoecimento real, mas também parece ter se identificado com a mãe, trazendo uma culpa para si. A aids custou a vida do pai amado e também corrompeu suas representações identitárias, e a rejeição familiar tornou-a um Narciso frágil, pobremente investido pelas instâncias familiares.

Ela tentou reencontrar apoio, talvez uma absolvição ou aceitação, a mesma que talvez procure quando revela aos namoradinhos que é HIV⁺, ao procurar pela família materna, e outra vez foi rejeitada, mas desta vez lhe imputaram a acusação da aids: “sabe por que a família da mamãe não te quis? Porque tu ‘tem’ HIV” (Gabriela, 15 anos).

Além disso, em seus relacionamentos ela admite ser infiel. De uma forma ou de outra, ela não apenas recorda, mas parece repetir o que fez ou acusaram sua mãe de ter feito, parece que o ideal que ela ergueu para si assemelha-se ao ideal que deram à Geni, petrificando-a. De toda forma, o risco real de adoecimento traz à tona fissuras narcísicas e ameaças supraegoicas: “a hora que [eu] ‘tiver’ pronta pra [ir] embora daqui da terra, eu vou” (Gabriela, 15 anos).

Mas, assim como Felipe conseguiu fazer, é no mesmo Narciso que Gabriela supõe uma luz no fim do túnel, uma luz que talvez a absolverá, expiando os crimes, culpas e acusações não apenas dela, mas da própria mãe: “acho que se eu tiver uma filha assim, acho que mudaria muito meu pensamento... Porque eu ia ter vontade de viver e de dar muita atenção, carinho, coisa que eu não tive da minha família, entendeu? Não ia deixar ninguém maltratar, não ia jamais querer que minha filha sofresse” (Gabriela, 15 anos).

E o preconceito quando não mata, maltrata.

Quando encontrei com o pai de Felipe, fui levada para o quarto do casal, portas e janelas fechadas, ar condicionado ligado; tudo para abafar o som da nossa conversa, evitando que os operários, que trabalhavam na casa, escutassem o que falávamos e, principalmente, sobre o que falávamos. Aliás, este é um dos maiores medos de sua madrasta: que seu filho seja maltratado por ter o HIV.

Felipe nunca foi vítima de preconceito direto contra o HIV-aids, mas prefere manter discrição sobre seu diagnóstico. Suas namoradinhas nunca souberam, a única vez que ele falou sobre isso foi com uma amiga, uma forma de confortá-la, pois a irmã desta tratava um câncer, mas ele esclareceu: “eu falei, ‘eu só tenho o vírus’. E ela já entende. Eu acho até que ela se assustou, porque ela sabe, então ela poderia pensar que já estava em risco” (Felipe, 17 anos).

Ser “normal”, os ajustes narcísicos asseguram o manejo em lidar com sua sorologia, mas não o impedem de reconhecer o quão difícil é lidar com o preconceito. Ele tem medo da reação, do olhar assustado do outro: “Olha, realmente é difícil contar pra uma pessoa, mesmo. Pode ser a melhor pessoa, pode estar há tantos anos com ela, mas é difícil... porque, por mim, não vai valer a pena, não vai ajudar em nada, mas o problema é eu ver a reação da pessoa, o medo com que ela vai agir, como ela vai agir, se ela vai agir diferente, se ela vai se assustar, entendeu? É esse o medo. Essa reação porque, por mim, eu não ligo, não tenho nenhuma vergonha disso, de ‘olha eu tenho aids, eu tenho o vírus’, não tenho nenhuma vergonha, mas o problema é como falar [para] a sociedade... uma sociedade que olha de outro jeito.” (Felipe, 17 anos).

É pelo olhar do outro que o Eu se constitui. Mas, pelo mesmo olhar, ele pode ser atacado, censurado, constrangido e petrificado na ameaça, sucumbir a ataques. Felipe rejeita qualquer adjetivo que o aproxime da doença ou da sorologia. Ele é “normal”, mas tem medo de que o olhar do outro lhe mostre o contrário: “uma pessoa diferente, uma pessoa especial que tem que ter cuidado, essas coisas, tipo uma criança, criança tem um cuidado especial por um adulto... agora tantas pessoas não sabendo [o que é] melhor pra mim, sabendo ou não sabendo, vou viver do mesmo jeito.” (Felipe, 17 anos).

Porém, ser “normal” não é fácil, e Felipe admite a fragilidade: “e além de ser normal, tentar passar ao outro a ideia de que não é nada excepcional, excesso de zelo ou medo do HIV-aids... Vamos dizer: cada dia é uma batalha, e sem uma barreira ninguém vive, né? Ninguém questiona a barreira, ninguém vive” (Felipe, 17 anos).

E, curiosamente, o olhar que mais o afeta é o que ele encara e encontra no centro de referência, quando ele acredita que as pessoas, também HIV⁺, estranhem a naturalidade e leveza com que ele encara a questão: “eu fico curioso [sobre] por que aquelas pessoas ficam me olhando. Aí eu fico me olhando: por que ‘tão’ curiosas?” (Felipe, 17 anos).

Resignado e sem os ajustes narcísicos tão eficazes, Caio também mantém seu o segredo e lança mão de uma mentira: ele diz que os pais morreram de outras doenças, não de aids. Aliás, na entrevista, ele averiguou sobre a autenticidade de sua mentira, tentando legitimá-la, ao mesmo tempo em que me tornava cúmplice dela: “eu falo que ela morreu de hepatite C... Hepatite C mata também, né?” (Caio, 16 anos).

Caio já foi vítima de preconceito: na época, sua avó era viva, e uma vizinha sempre desconfiada foi inoportuna, contida com uma ameaça de castração severa, um processo judicial: “um tempo aí, ela até começou a comentar esse negócio... ela ficou falando [por] aí, eu tinha [uma suspeita de] que a vovó falava, que ela ouviu não sei o quê. A vovó ainda ‘tava’ viva, aí eu vim aqui, contei pra vovó nesse dia, a vovó começou a falar que eu não tinha [aids] e que [não] continuasse a ficar falando isso, ela ia denunciar, até que pararam de falar isso” (Caio, 16 anos).

Tento sentido o preconceito, ele evita ao máximo ir ao centro de referência, que é muito próximo a sua casa. Ir lá não só o desmascararia, como também o enlaçaria ao estigma que ele rejeita, e com que não consegue lidar, afinal ele não gosta de falar sobre “isso”: “Eu não gosto muito de aparecer lá... É pra evitar transtornos, essas coisas, entendeu? (Caio, 16 anos).

E com Gabriela, o maior preconceito parte dos familiares, os que a criam parecem discriminá-la por quem ela os recorda: sua mãe. Já os familiares maternos a rejeitaram pela presença HIV. Houve uma audiência entre as famílias, e mais uma vez ela foi abandonada à própria sorte, a ausência e a pobreza do investimento narcísico parental e o confronto com o desamparo da pior forma possível: “eles viraram as costas pra mim, e olha que eles são meu sangue, eu tenho sangue deles, deixaram eu ser adotada assim, por outra família. Eu acho que é muito ruim... deixaram, porque o juiz queria me dar pra eles, só que eles não quiseram... Não quiseram me ter” (Gabriela, 15 anos).

Considerações finais

*“Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
O tempo não para
Não para, não, não para”
O Tempo não para — Cazuza*

Realmente o tempo não para, e em termos da realidade do HIV-aids, ele urge. É tênue a linha entre vida e morte, acirrada pela alta carga viral, doenças oportunistas, vulnerabilidades programáticas e sociais e a ação de conteúdos psíquicos.

Nesta pesquisa propôs-se investigar as marcas psíquicas deixadas pelo HIV no Eu. Mas, a partir do material das entrevistas, percebi que as marcas e os traços que existem ultrapassam o Eu, forjando o que poderíamos chamar de "representação cultural", um conteúdo fantasmático próprio: a epidemia do HIV-aids tem marcas próprias e, mais do que sintomas das doenças oportunistas, a aids forjou referências simbólicas perigosas.

As prerrogativas não são do HIV, e sim da aids. E mesmo com a disponibilidade e circulação de informação, prossegue inalterada a associação entre o vírus e a síndrome, talvez, devido à aids seguir sem cura. O imaginário social elaborou um ideal de identificação entre o HIV e a aids que segue intacto e, neste ideal, eles são idênticos.

Além do imbróglio entre aids e HIV, persiste outra idealização, e é esta que gera mais desconforto e risco: a marca da morte que a aids carrega até hoje. Todo o avanço científico em pesquisas e tratamento não desatrelou morte e aids, impregnando o vírus, conseqüentemente, com o mesmo estigma da morte que marca a aids.

Eu mesma, ao transcrever as entrevistas, observei não estar imune à representação social da aids. Durante a elaboração das perguntas, associei indiscriminadamente HIV e aids, ao expressar-me: ora usava o termo HIV⁺, ora o substituía por aids. E, principalmente, na entrevista com Felipe, o adolescente que mais elaborou e preservou suas defesas narcísicas, eu fazia frequentemente a associação a aids e a morte. A contratransferência entrou em cena.

Mortal não é ter o HIV, mortal é o imaginário ligado à morte que a aids perpetrou. As “marcas” que os adolescentes entrevistados carregam não são do vírus, mas da doença, cuja incisão narcísica atenta contra a imortalidade do Eu que, amparada no corpo físico, atinge o psíquico de um Eu que é, sobretudo, um Eu corporal (FREUD, 1923).

Mais do que uma ferida narcísica, a aids é uma marca na corporeidade narcísica, uma afirmativa da alteridade. O Eu maculado pela aids vê, impotente, a agressão na maior fantasia do inconsciente, sua onipotente imortalidade (FREUD, 1914). Segundo Lindenmeyer:

[...] o corpo é lugar de inscrição das marcas presentes nas reminiscências das experiências precoces do infante, por onde o Eu poderá se constituir, sendo, assim, o lugar por onde emerge o pulsional, mas também o meio de chegar à sua satisfação, quer ela se dê no prazer ou no desprazer [...] (LINDENMEYER, 2012, p. 357).

Atravessado pela atividade pulsional e pelas tramas eróticas, o Eu idealiza-se, [en]corpa-se através das identificações cuja necessidade advém do desamparo primordial e constituinte do homem: “... se fazer humano através de um outro humano...” (BASTOS, 1998, p.137).

Os adolescentes entrevistados não tinham aids. Graças ao controle e acompanhamento, eles vivem com o vírus há mais de 15 anos, algo antes impensável: as crianças contaminadas no nascimento no período dos anos 1980 e 1990, primeiras décadas da epidemia, em geral, não comemoravam o aniversário de 10 anos — morriam aos 7 anos, seja pela indisponibilidade de terapêutica ou por ineficácia da mesma.

Eles já estão atingindo a idade adulta, fazem planos e criam expectativas, vivenciam a adolescência, convivendo com a presença constante da medicação e controle médico-clínico, o que não significa dizer que há prazer nessa convivência, como todos revelaram.

Aliás, diante das infelizes e persistentes falhas na Atenção Básica de Saúde e a feminização da epidemia, é um sonho distante a meta de se erradicar a transmissão vertical até 2015, como propõe a ONU, sugerindo que a convivência ainda será por muito tempo e incidirá em um número cada vez maior de pessoas infectadas com HIV pela mãe.

Da mesma forma, suas famílias também não passaram imunes à aids. A perda das mães é quase que natural, inevitável, talvez uma tributação obrigatória, afinal, a aids converte a mãe, aquela que dá a vida, em um agente da morte.

E o luto depende muito dos laços e suportes familiares, como evidenciaram as entrevistas. Felipe demonstrou, ao contrário de Caio e Gabriela, defesas narcísicas muito mais elaboradas e, embora o imaginário cultural persista em tratar aids como uma sentença de morte, discordando do discurso de cronicidade das autoridades em saúde; isto parece não ter sido capaz de atenuar suas expectativas e investimentos psíquicos: “sou uma pessoa normal, mas [que] tem vírus... somos humanos, somos as mesmas coisas, só que eu tenho o vírus guardado. Então, é uma coisa pequena” (Felipe, 17 anos).

Para Caio, apesar de sua afirmação de que “ninguém quer isso... pegar essa doença”, a ameaça mais se apresenta como a oportunidade de reorganização narcísica, amparada vivamente nos cuidados destinados a si próprio, pegar medicação, fazer o controle. O adolescente, apesar do preconceito e discriminação que enfrenta na vizinhança, falou mais sobre vida do que morte, mesmo sendo órfão e sua avó ter falecido menos de um ano antes da entrevista ter sido realizada.

Talvez o “te cuida pra ti”, pronunciado durante a despedida entre ele e a avó, atenua o desamparo e a ameaça da aids, a ponto dele não concluir a palavra morrer, transmutando-os em investimentos e desejos de vida. Aliás, ele dá indícios disso ao afirmar sua esperança: “vou ficar até aparecer a cura”. E, se vivo, o sonho de ser jogador de futebol e bombeiro infelizmente não poderá ser mais realizado, mas quem sabe outros — como ele mesmo fala, um livro sobre sua história.

Gabriela, porém, não apenas parece se manter mais à sombra da aids do que os demais, mas à sombra do objeto. E a mãe assemelha-se ao objeto mortífero que a aterroriza. Geni não a contaminou apenas com o HIV, mas parece ter contaminado toda sua trajetória pulsional: as insígnias de ódio e culpa são atuantes, os ataques melancólicos são arriscados e perigosos. No mesmo sangue que desmascara sua condição de adotada e imprestável está o vírus que recorda quem ela é e o que fez sua mãe, um enlace cruel e mortífero.

Os conteúdos evidenciados pela adolescente são um convite para tentar elaborar um caso clínico, porém, no momento, este não é o objetivo do trabalho. De todo modo, sua entrevista consagrou a afirmativa freudiana:

[...] O Eu pode tomar a si mesmo como objeto, tratar a si mesmo como a outros objetos, observar-se, criticar-se, e fazer-se saber Deus mais do que consigo mesmo. Nisso, uma parte do Eu contrapõe-se ao resto [...] Mal nos familiarizamos com a ideia de um tal Super-eu [...] no surto melancólico, o Super-eu torna-se rigoroso demais, xinga, humilha e maltrata o pobre Eu, ameaça-o com os mais duros castigos, recrimina-o por atos passados[...] (FREUD, 1933, p. 194 e 197).

A identificação também promove a manutenção e transmissão do falido grupo de risco, sancionando que a “aids se pega pecando”, de forma que o conteúdo mítico permanece evidenciado, principalmente nas falas de Gabriela.

Não foram apenas os jovens *gays* e drogados as vítimas fatais das primeiras décadas da epidemia, mas também as prostitutas e, contrariando o que evidencia a atual feminização da epidemia, na qual as mulheres contraem o vírus em relações monogâmicas estáveis, infectadas por seus companheiros, namorados e maridos, bissexuais clandestinos ou garanhões infiéis. A representação cultural ainda circunscreve a mulher HIV⁺ como a prostituta, talvez porque o

prazer da mulher ainda esteja interdito e sua presença é uma transgressão vinculada à prostituição ou à promiscuidade.

Não é a relação desprotegida praticada com o esposo, companheiro, namorado ou outros que a contamina. Se no imaginário social permanece a idealização de que a aids ainda se pega “pecando”, no caso da mulher, o pecado é a prostituição e a promiscuidade, pecado no qual também reincidem os *gays*. Logo, o problema está na sexualidade ilícita.

A intimidade entre pecado e aids forja uma representação cultural sobre a doença que se perpetua até hoje. O grupo de risco foi extinto, ultrapassado, porque todos somos vulneráveis à epidemia: basta manter relações sexuais desprotegidas e a aquisição e eficácia da TARV assegura a sobrevivência das pessoas, vivendo com aids, à síndrome.

Todavia, recrudescem as maledicências da aids, perigosíssimas, pois elas agredem não apenas pacientes e seus familiares, mas comprometem os serviços públicos de saúde ao constituírem ilusões que não se sustentam mais.

Não há cura ainda, mas há tratamento gratuito e eficiente e, ao invés de *gays*, a aids mata mais mulheres, e a feminização da epidemia incide diretamente no aumento dos índices de casos de transmissão materno-infantil, também amparado na ineficácia da Atenção Básica de Saúde. Sobre tudo isto, Birman (1994) reflete:

[...] A figura da morte é a fonte inesgotável para a montagem de terríficos espetáculos perversos [...] Neste contexto, renovam-se antigos temores fundamentais, que foram construídos no imaginário ocidental pelo Cristianismo, onde se teceram de forma inextrincável, num estilo grotesco, as *representações da enfermidades, do sexo e do pecado*. O terror da morte funcionou como um operador político deste monumento macabro. Com a aids, a figura da morte se inscreve novamente na experiência do gozo, apresentando-se então, mais uma vez, como o Outro que se interpõe no cenário do prazer. Por isso mesmo a morte é obscena nesta cena, na medida em que a figura da morte canabiliza e devora a experiência erógena (BIRMAN, 1994, p. 110 e 111). Grifos do autor.

Para além do doutrinamento e da tentativa de cerceamento do sexual, esta pesquisa estava interessada em analisar o sentido para estes adolescentes de ser HIV⁺ devido à transmissão vertical, afinal, os números são imensos, mas por trás deles há seres humanos, sujeitos de sua própria história.

Em 2011, foram 745 crianças nascidas HIV⁺, e um total de 17.539 crianças HIV⁺ entre o período de 1980-2012, e embora a aids siga sem cura e ainda se apresente como um desafio às ciências, sobre essas pessoas pouco se fala, quase nada se sabe ou, talvez, não seja interessante saber, pois saber incriminaria e apontaria as falhas dos serviços de saúde, incidindo em acusações, punições sociais e psíquicas que a onipotente sociedade moderna não é capaz de

sublimar. A dificuldade em se encontrar participantes no início da pesquisa nos serviços de referência ratifica isto.

Nem a afirmativa de cronicidade, usada com frequência pelas autoridades em saúde, apaziguou as maledicências da síndrome. Embora a medicação seja eficaz, a cronicidade assegurada a partir do efeito medicamentoso, não atingiu ou alterou a representação da aids, muito menos eliminou a ferida na corporeidade narcísica que ela causa.

Portanto, não é o vírus a ameaça, mas a aids: persiste a representação social intransponível entre vírus e síndrome, tornando ambos a mesma coisa, mas principalmente subtendendo-se que a presença de um representa a certeza inequívoca da morte.

E, a partir da tradição psicanalítica, o corpo para além do físico, o Eu constituído em uma dança ininterrupta com a alteridade e suas trocas objetais, dar-se-á a identificação entre a aids e seu emblema mortífero, comprometendo não apenas a integridade física, mas também psíquica.

Um ataque severo à corporeidade narcísica, na qual atua a insígnia da morte, recrudescendo o desamparo, mas também atuando conteúdos fantasmáticos que interferem nessa corporeidade. De tal modo, o ataque é maior em Narciso que tem medo de morrer, ou em Narciso que já nasce à sombra do semblante da doença dos pecadores e sem cura?

Aqui me aproprio do pensamento de Pastori (2012) sobre o desafio de reconhecer os conteúdos míticos que nos constituem e aquilo que é gerado pelo confronto de heranças que, mesmo camufladas, não diminuem o sofrimento que causam, mas revelam sobre os ideais do Eu.

Aliás, neste sentido não custa mais uma vez recordar a interpretação do papel de mãe: a transmissão vertical a mascarou como vilã, destituindo-a, em alguns casos, da posição de heroína, como parece ter ocorrido com Gabriela.

Finalmente, cabe ressaltar a importância e necessidade da integralização entre as políticas de saúde, assistência, educação e justiça; o atendimento não deve ser restrito à unidade e hospital de referência. É imprescindível integralizar os setores da saúde, educação, justiça e assistência social, garantindo a interface entre os cuidados, não apenas pela condição clínica, seja ela apenas HIV⁺ ou pessoa vivendo com aids, mas pelo bem-estar do indivíduo como um todo.

Ressalto: não questiono a conduta profissional dos especialistas das respectivas unidades, ao contrário, mas junto com eles faço coro sobre a importância e a necessidade da integralização intersetorial.

Por exemplo, no caso de Caio, o suporte de um CRAS — Centro de Referência da Assistência Social — e Conselho de Educação são evidentes, não por ser ele HIV⁺, mas pelos problemas que ele enfrenta: menor em situação de vulnerabilidade social, parou de estudar por ter sido flagrado usando drogas na escola, morador de uma zona de extrema violência e pobreza de Belém. Estes são alguns dos critérios para atendimento nestes respectivos serviços; além disso, violam os seus direitos marginalizando-o, comprometendo suas condições e seu exercício pleno de cidadania.

Por fim, concluo com o pensamento de Vernant (1988), do qual uma de suas obras versa sobre personagens mitológicos e suas máscaras e, neste caso, a metáfora da medusa aqui se adequa perfeitamente. A possessão da máscara promoveria o abandono de si, cujo uso da máscara não só leva a assumir, mas encarnar o poder que dela emana.

Um poder que se apossa de nós, imitamos a face, os gestos e a voz, e a sobreposição do primeiro sobre o segundo confere uma arriscada alienação sobre si mesmo: “... uma troca de estatuto que pode chegar à confusão, à identificação, mas ainda nessa proximidade instaura-se o apartar-se de si mesmo, a projeção numa alteridade radical...” (VERNANT, 1988, p.104).

A máscara simboliza o objeto fascinante, um ideal suposto, vulnerável a nossas tramas eróticas, e, mais uma vez usando de licença poética, o prazer torna-se risco de vida, não porque aids mata, mas porque o desejo de viver ou de morrer pode aderir à máscara que está sendo usada, cuja cronicidade ou terapia antirretroviral não nos fez abandonar o drama encenado.

De tal forma, repito o que me disse o avô de Caio: apesar de ser impossível distinguir ou afirmar, apenas pela aparência, a presença da aids, de forma semelhante ao racismo discrimina-se a pessoa vivendo com aids, embora ela seja apenas HIV⁺, pois a marca que ela carrega é o traço da ameaça de morte recrudescido.

O que a aids desmascara não é somente o Eu e as suas delicadezas: ela própria é uma interlocução de saberes e do próprio rechaçamento social, configurando-se como uma representação do mal no imaginário social. E mesmo com a descoberta da cura, se for do interesse da indústria farmacêutica, talvez um dia uma vacina possa eliminar o vírus e seja possível desfazer e dissipar esta “cara da morte”, pelo menos até o surgimento de outra ameaça, atenuando o pecado de todos nós ou mantendo-o em segredo novamente.

Referências:

ANDREOZZI, MARIA LUIZA; **Tempo adolescente como oscilação pendular na constituição do sujeito**, In: Psychê, V, n. 8, São Paulo, p. 19-35, 2001.

ARMINDA, ABERASTURY; KNOBEL, MAURICIO; **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1981.

ARIÈS, PHILIPPE; **A História social da criança e da família**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ARIÈS, PHILIPPE & BEJIN, ANDRÉ; **Sexualidades ocidentais**. 2ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ARAÚJO; EMANUEL; **A arte da sedução: sexualidade feminina da Colônia**. In.: História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2012.

AULAGNIER, PIERA; **Nascimento de um corpo, origem de uma história**. In.: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, II, v. 03, p. 9-45, 2005.

BADINTER, ELISABETH; **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRETO, OCILENE FERNANDES; CECCARELLI, PAULO; **Ideal materno e morte na transmissão vertical do HIV**. In: V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental 2012. Anais. Fortaleza, 2012.

BANTMAN, BÉATRICE; **Breve história do sexo**. Portugal: Ed. Terramar, 1997.

BASTOS, LIANA ALBERNAZ de MELLO; **Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

_____; **Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud**. São Paulo: Escuta, 1998.

BIRMAN, JOEL; **A sexualidade na berlinda**. In: Sexualidades. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 15-26, 2010.

_____; **A epopeia do corpo: nostalgias**. In.: Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud. São Paulo: Escuta, 1998

_____; **A razão da impostura**. In.: O objeto na teoria e na prática psicanalítica. Rio de Janeiro: Campus, 1984.

_____; **As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

_____; **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____; **Ensaio da teoria psicanalítica — parte 1: metapsicologia, pulsão linguagem, inconsciente e sexualidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____; **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

_____; **Sexualidade: entre o mal e as maledicências**. In.: Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, 1994.

_____; **Sujeito e estilo em psicanálise. Sobre o indeterminismo da pulsão no discurso freudiano**. In.: As pulsões. São Paulo: Escuta, EDUC, 1995.

_____; **Tatuando o desamparo, a juventude na atualidade**. In: Adolescentes. São Paulo: Escuta, p. 25-43, 2010.

BORGES, JULIANA MARQUES CALDEIRA; PINTO; JORGE ANDRADE & RICAS, JANETE; **Mães e crianças vivendo com HIV-aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade**. In.: Estudos de Psicanálise. Aracaju, n. 32, p.71-80, novembro – 2009.

BRASIL; **Acesso universal no Brasil, cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas — 2010**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

_____; **Boletim epidemiológico AIDS-DST**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-Aids; Ano X. Brasília, 2012a.

_____; **Boletim epidemiológico AIDS-DST**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-Aids; Ano IX. Brasília, 2012c.

_____; **Cadernos de atenção básica n. 18**. HIV-aids, hepatites e outras DST's. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____; **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____; **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e vigilância da saúde da mulher**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análise e situação de saúde. Brasília, 2012b.

_____; **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análise e situação de saúde. Brasília, 2011.

_____; **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso**. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2010.

_____; **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Brasília, 2004.

_____; **Saúde Brasil 2008: 20 anos de SUS no Brasil**. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2009.

_____; Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica**. Brasília, 2013a, disponível em <http://189.28.128.178/sage/>.

_____; Ministério da Saúde. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Brasília, 2013c, disponível em <http://www.aids.gov.br>.

_____; Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília, 2013b, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379.

BRANDÃO, JUANITO de SOUZA; **Mitologia grega**. v. III. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

_____; **Mitologia Grega**. Vol. II. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

CALLIGARIS, CONTARDO; **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2010.

_____; **Brasil, país do futuro de quem?** In: Um inconsciente pós-colonial, se é que existe. Association Freudinne Internationale e Maison de L’Amerique Latine. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

CARDOSO, MARTA RESENDE; **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, 2011.

CARNEIRO, HENRIQUE FIGUEIREDO; **Aids: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Escuta, 2000.

CECCARELLI, PAULO ROBERTO; **A patologização da normalidade**. In: Estudos de Psicanálise. Aracaju, n° 33, p. 125-136, Julho, 2010.

_____; **Acaso, repetição e sexualidade: como colocar a “camisinha” na fantasia?** In.: Cuidado em saúde: práticas e sentidos em construção. Pará: Ed. Paka-Tatu, p. 69-86, 2013.

_____; **Considerações sobre pesquisa em psicanálise**. In: Psicologia: diálogos contemporâneos. Melo & Júnior (org.) Curitiba: CRV, p. 137-146, 2012.

_____; **Mitologia e processos identificatórios**. In: Revista Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro, V.XXXIX, p.179-193, 2007.

_____; **Mitologia e perversão**. In: Encontro transcultural: subjetividade e psicopatologia no mundo globalizado. São Paulo: Escuta, 2012.

_____; **Psicanálise e linguagem mítica**. In: Ciência e cultura: revista da sociedade brasileira para o progresso da ciência, 64, n. 01, p. 31-35, 2012.

_____; **Perversões e suas versões**. In: Reverso — Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Belo Horizonte, XXVII, n. 52, p. 43-50, 2005.

_____; **Reflexões sobre a economia psíquica das adicções**. In.: Reverso — Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Belo Horizonte, Ano XXXIII, n° 62, p. 69-78, 2011.

_____; **Sexualidade e preconceito**. In: Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, III, n. 3, p.18 -37, 2000.

_____; **Violência e cultura.** In: Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, III, n. 3, p.18-37, 2005.

CECCARELLI, PAULO ROBERTO; SALLES, ANA CRISTINA TEXEIRA DA COSTA; **A invenção da sexualidade.** In: Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Belo Horizonte, XXXII, n. 60, p. 15-24, 2010.

CECCARELLI, PAULO ROBERTO; SANTOS, ADELSON BRUNO DOS REIS; **Psicanálise e moral sexual.** In: Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Belo Horizonte, XXXII, n. 59, p.23-30, 2010.

CEDARO, JOSÉ JULIANO; **A ferida na alma, os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico.** São Paulo, 2005, 260p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2005.

COELHO, DÉBORA FERNANDES & MOTTA, MARIA DA GRAÇA CORSO da; **A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (hiv).** In.: Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. XXVI, n. 01, p. 31-41, Abril, 2005.

CORSO, DIANA; **Édipo, latência e puberdade; construção da adolescência.** In: APPOA, Porto Alegre, n. 23, p. 18-30, 2002.

DELOUYA, DANIEL; **Depressão.** Coleção Clínica Psicanalítica. 5ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DEL PRIORE, MARY de; **Deus dá licença ao diabo. A contravenção nas festas religiosas e igrejas paulistas do séc. XVIII.** In: História da Sexualidade no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____; **Homens e mulheres: o imaginário sobre a esterilidade na América portuguesa.** In.: História, Ciências, Saúde — Manguinhos. Rio de Janeiro, v. VIII (1), p. 98-12, março-junho, 2001.

_____; **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

_____; **O corpo feminino.** In.: História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2012.

ERICKSON, ERIK H.: **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1972.

FERRAZ, FLÁVIO CARVALHO; **Perversão**. Coleção Clínica Psicanalítica. 5ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.

FIGUEIREDO, LUIS CLÁUDIO; **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.

_____; **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Ed. Escuta. 2009.

_____; **Presença, implicação e reserva**. In. *Ética e Técnica Psicanálise*. São Paulo: Ed. Escuta. 2000.

_____; **Saindo da adolescência**. In.: *Adolescente*. São Paulo: Escuta, 2011.

FOUCAULT, MICHEL; **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 20ª Ed. São Paulo: Graal, 1988.

_____; **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 10ª Ed. São Paulo: Graal, 1985.

_____; **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. 10ª Ed. São Paulo: Graal, 1984.

FRANCÊS, IGOR & MOREIRA, ANA CLEIDE GUEDES & VILHENA, JUNIA de; **Pode haver máscaras para uma figura sem rosto? O imaginário da social da aids no Brasil**. In.: *Transversalizando no ensino, na pesquisa e em extensão*. Curitiba: CRV, 2012.

FREYRE, GILBERTO; **Casa-grande & senzala**. 40ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

FREUD, SIGMUND (1893); **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1996.

_____ (1905); **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1996.

_____ (1906 [1905]); **Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neurose**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1996.

_____ (1908). **Moral sexual “civilizada” e doença sexual moderna**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1996.

_____ (1909 [1908]); **Romances familiares**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1996.

_____ (1910); **Um tipo especial de escolha de objeto feito por homens (contribuições à psicologia do amor I)**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XI, 1996.

_____ (1912); **Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor II)**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XI, 1996.

_____ (1913); **Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____ (1913 [1912-1913]); **Totem e tabu**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIII, 1996.

_____ (1914); **À guisa de introdução ao narcisismo**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1914); **Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)**. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____ (1915); **Pulsões e destino da pulsão**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1915); **O inconsciente**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1915); **O recalque**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1915); **Reflexões para os tempos de guerra**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1996.

_____ (1917); **Histeria**. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1996.

_____ (1917); **Luto e melancolia**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1917); **Uma dificuldade no caminho da psicanálise**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1996.

_____ (1917 [1916-1917]); **Conferências introdutórias sobre a psicanálise**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1996.

_____ (1918 [1914]); **História de uma neurose infantil**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1996.

_____ (1919); **O “estranho”**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1996.

_____ (1920); **Além do princípio do prazer**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1921); **Psicologia de grupo e análise do ego**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1996.

_____ (1923); **O eu e o id**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1924); **A dissolução do complexo de Édipo**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1996.

_____ (1924); **O problema econômico do masoquismo**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1926 [1925]); **Inibições, sintomas e ansiedade**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XX, 1996.

_____ (1927); **O futuro de uma ilusão**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1996.

_____ (1930 [1929]); **O mal estar na civilização**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1996.

_____ (1933 [1932]); **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII, 1996.

_____ (1940 [1938]); **Algumas lições elementares de psicanálise**. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.

_____ (1940); **Esboço de psicanálise**. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.

FUKS, LUCIA BARBERO; FERRAZ; FLÁVIO CARVALHO; **O sintoma e suas faces**. São Paulo: Ed. Escuta/Fapesp, 2006.

GEREZ-AMBERTÍN, MARTA; **As vozes do supereu**. São Paulo: Cultura Editores Associados, Rio Grande do Sul: Educs, 2003.

GOFMMAN, ERVING. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

HEILBORN; MARIA LUIZA; **Sexualidades: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

HOLANDA, SERGIO BUARQUE; **Visão do paraíso; os motivos edênicos no descobrimento e colonização do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, Pubfolha, 2000.

HURLOCK, ELISABETH BERGNER; **Desenvolvimento do adolescente**. São Paulo: Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1979.

KAPLAN, HAROLD. I.; GREBB, JACK. A.; SADOCK, BENJAMIN. J.; **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª Ed. Porto Alegre, 1997.

KOLTAI, CATERINA; **O estrangeiro**. São Paulo: Escuta /Fapesp, 1998.

LAPLANCHE, JEAN; PONTALIS, JEAN BERTRAND; **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.

LAZZARINI, ELIANA RIGOTTO; VIANA, TEREZINHA de CAMARGO; **O corpo em psicanálise**. In: Psicologia Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-250, maio-agosto 2006.

LINDERMEYER, CRISTINA; **Qual o estatuto do corpo na psicanálise?** In: Revista Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, 2012.

LINDENMEYR-SAINT MARTIN, CRISTINA; CECCARELLI; PAULO ROBERTO; **O pensamento mágico na constituição do psiquismo**. In: Reverso. Belo Horizonte, 34, n. 63, p. 45-52, junho, 2012.

LIMA, ALCIMAR ALVES DE SOUZA; **O fluxo do tempo**. In: O sintoma e suas faces. São Paulo: Ed. Escuta/ Ed. Fapesp, p. 13-18, 2006.

MARTY, FRANÇOIS; **Adolescência, violência e sociedade**. In: Àgora. Rio de Janeiro, v. IX, n. 1, janeiro-junho, p. 119-131, 2006.

MARQUES; MARIA CRISTINA da COSTA; **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da aids/HIV no Brasil**. Maringá: Rima/Eduem, 2003.

MATHEUS, THIAGO CORBISIER; **Adolescência: história e política do conceito na psicanálise**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MCDUGALL, JOYCE; **Teoria sexual e psicanálise**. In: Diferenças sexuais. São Paulo: Ed. Escuta, 1999.

MENEZES, LUCIANNE SANT'ANNA de; **Desamparo**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2008.

MIGUELEZ, NORA B. SUSMANSCKY de; **Complexo de Édipo**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a.

MIGUELEZ, OSCAR M.; **Narcisismos**. São Paulo: Ed. Escuta, 2007.

MANONNI, MAUD; **As identificações na clínica e na teoria psicanalítica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MOREIRA, ANA CLEIDE GUEDES; **A melancolia na obra de Freud: um narciso sem [des]culpa**. In.: Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, IV, n. 4, p. 92-102, 2001.

_____ ; **Clínica da melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.

_____ ; **Eros, melancolia, aids: sobre alguns problemas da clínica contemporânea**. In: APPOA. Porto Alegre, n. 63, novembro, p. 24-31, 1988.

MOREIRA, ANA CLEIDE GUEDES; LEVY, ELISABETH; FRANCÊS, IGOR; **Se seu corpo ficasse marcado... as delicadezas do eu corporal**. In.: Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos. PUC-Rio. Rio de Janeiro: Appris, 2012.

PARKER, RICHARD G.: **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. Best Seller, 1991.

PASTORI, SUZANA SOUZA; **Brasil: alteridade e subjetividade**. In: Encontro transcultural: subjetividade e psicopatologia no mundo globalizado. São Paulo: Escuta, 2012.

PESSOA, FERNANDO; **Páginas Íntimas e de Auto-Interpretação**. Lisboa: Ática, 1966.

PEREIRA, MARIA LÚCIA DUARTE & CHAVES, ELIANE CORRÊA; **Ser mãe e estar com aids: o revivescimento do pecado original**. In.: Revista Escola de Enfermagem da USP. v. XXXIII, n. 4, p. 404-10, dezembro, 1999.

PINEL, ARLETTY C.; INGLESII, ELISABETE; **O que é aids**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1996.

O LIBERAL; **Pará retém dinheiro do combate à aids**. Caderno Atualidades. Belém, p. 6, publicado em 18 de dezembro/2011.

_____ ; **Cresce número de grávidas com HIV**. Caderno Cidades, Belém, p.7, publicado em 24 de março de 2013.

REVISTAS RADIS; **A epidemia não acabou: 30 anos de aids**. São Paulo: Fiocruz, n. 123, p. 8-15, dezembro, 2012.

RAMINELLI, RONALD; **Eva Tupinambá**. In: História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2012.

RIBEIRO, DARCY; **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SANCHES, RENATE MEYER; **“Escolhi a vida”: desafios da aids mental**. Rio de Janeiro: Ed. Olho D’água, 1997.

SÓFLOCLES, **Rei Édipo**. E-Books, 2005.

SOARES, LUIZ CARLOS; **Da necessidade do bordel higienizado. Tentativas de controle da prostituição carioca no século XIX**. In: História da Sexualidade no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

SONTAG, SUSAN; **Doença como metáfora, aids e suas metáforas**. São Paulo: Cia das Letras, 2007.

SOUZA, LAURA DE MELLO; **Desclassificados de ouro**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____; **Inferno atlântico: demonização e colonização, séculos XVI-XVIII**. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

_____; **O padre e as feitiçeras, notas sobre a sexualidade no Brasil colonial**. In: História da Sexualidade no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

SOUZA, MAURICIO RODRIGUES; **Psicanálise, antropologia e alteridade: apontamentos para um debate**. In.: Psicologia em Estudo. Maringá, v. 07, n. 01, p. 131-140, janeiro-março, 2012.

SOUZA, OCTAVIO; **Fantasia de Brasil: as identificações na busca da identidade nacional**. São Paulo: Escuta, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV-AIDS (UNAIDS); **Global report: UNAIDS on the global aids epidemic**. Geneva, december, 2010.

VAINFAS, RONALDO; **Casamento, amor e desejo no ocidente cristão**. São Paulo: Ática, 1986.

_____; **Moralidades brasílicas: deleites sexuais e linguagem erótica na sociedade escravista.** In.: História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América portuguesa. São Paulo: Cia das Letras, 1997.

_____; **Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

VERNANT, JEAN PIERRE; **A morte nos olhos: figurações nos olhos dos outros.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.