



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

Barbara Araújo Sordi

FEMINIZAÇÃO DA AIDS E SEXUALIDADE FEMININA NA TEORIA FREUDIANA

Belém
2014

Barbara Araújo Sordi

FEMINIZAÇÃO DA AIDS E SEXUALIDADE FEMININA NA TEORIA FREUDIANA

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas na linha de pesquisa Psicanálise, Teoria e clínica, da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cleide Moreira.

Belém
2014

Barbara Araújo Sordi

FEMINIZAÇÃO DA AIDS E SEXUALIDADE FEMININA NA TEORIA FREUDIANA

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas na linha de pesquisa Psicanálise, Teoria e clínica, da Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

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

Prof. Dra. Junia de Vilhena (Membro externo)
Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro (PUC/RJ)

Profa. Dra. Roseane Nicolau Freitas (Membro interno)
Universidade Federal do Pará (UFPA-PA)

Apresentado em ____/____/____

Conceito: _____

À Elcy Araújo (*in memoriam*), pela mãe que foi,
à Maria José, pelos 96 anos de ensinamentos e cuidados,
e à Luísa Sordi, meu grande amor!

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento não poderia ser diferente: à minha filha, meu amor, minha vida – a pequena Luísa. Foi tua chegada que motivou meu interesse em ser alguém melhor, em investir na minha profissão, no saber. Obrigada por ser minha força, minha luz e pela graciosidade da descoberta diária de um novo mundo de possibilidades.

À minha mãe, Jane Araújo, uma guerreira! Pelo exemplo, pelo investimento na minha educação e pelo amor doado ao longo de minha vida.

À minha irmã, Julia Sordi, pelo simples fato de existir e dividir sua vida e seus pais comigo. Que falta fazes!

À Apoena Augusto pelo carinho e amor essenciais para meu bem-estar, pelos lugares novos, pelas descobertas e pela ajuda nesta dissertação, seja pela companhia em eventos acadêmicos, seja pela correção minuciosa do português ou por ouvir minhas angústias e novidades literárias nas nossas noites etílicas. Obrigada, meu querido companheiro.

À Alan Rodrigues pelo maior presente da minha vida, nossa filha, e por me acolher, amparando-me financeiramente, motivando iniciar neste mestrado e dando os alicerces necessários para que esta etapa se concluísse.

À Ana Cleide Moreira, minha mestre e amiga, por quem tenho tanta admiração pela sua contribuição a Psicanálise e a luta pela aids. E quem tanto me acrescentou como pessoa, aluna e profissional. Meu eterno agradecimento! E que possamos continuar esta jornada.

Às amigas Carolina Malcher e Luciana Norath por tornarem o programa de mestrado mais agradável com suas contribuições sempre pertinentes e pela amizade. Em especial a Carol pelos tantos momentos que dividimos juntas.

À Alessandro Bacchini pela amizade, pelo seu senso de humor e pelo incentivo que iniciou ainda nos tempos de faculdade.

À Suzane Gaia, minha companheira desde a faculdade de psicologia, pela amizade, amor e por fazer parte da minha trajetória profissional, dividindo comigo sua vida, aprendizado e conhecimento.

Às minhas amigas de infância – Daniela Puget, Karen Tavares e Carolina Rodrigues – pelos momentos de prazer, fundamentais nesta jornada.

À professora Beth Levy pelo apoio desde os tempos de graduação, pelo incentivo e cuidado.

Aos professores – Ernani Chaves, Roseane Nicolau, Lúcia Lima e Maurício de Souza – pelos ensinamentos e crescimento que me proporcionaram. Em especial, ao professor Paulo Roberto Ceccarelli e a professora Helena Dias pelas orientações tão esclarecedoras e por toda sua disponibilidade em ensinar e dividir seu conhecimento!

À Sílvia Levy, por sua escuta.

À Junia de Vilhena e, novamente, à Roseane Nicolau por aceitarem fazer parte desta banca de avaliação para contribuir com reflexões críticas em minha formação e para este trabalho. Obrigada pela disponibilidade!

Às mulheres guerreiras que morreram na Revolução Francesa.

Às mulheres que inspiraram esta pesquisa, em especial, à Zumira.

Às mulheres que, dentro de sua singularidade, sabem a dor e a delícia de serem o que são...

Com açúcar, com afeto
(HOLLANDA, 1967)

Com açúcar, com afeto
Fiz seu doce predileto
Pra você parar em casa
Qual o quê!
Com seu terno mais bonito
Você sai, não acredito
Quando diz que não se atrasa
Você diz que é operário
Sai em busca do salário
Pra poder me sustentar
Qual o quê!
No caminho da oficina
Existe um bar em cada esquina
Pra você comemorar
Sei lá o quê!
Sei que alguém vai sentar junto
Você vai puxar assunto
Discutindo o futebol
E fica olhando as saias
De quem vive pelas praias
Coloridas pelo sol
Vem à noite e mais um copo
Sei que alegre e ma non troppo
Você vai querer cantar
Na caixinha um novo amigo
Vai bater um samba antigo
Pra você rememorar
Quando a noite enfim lhe cansa
Você vem feito criança
Pra chorar o meu perdão
Qual o quê!
Diz pra eu não ficar sentida
Diz que vai mudar de vida
Pra agradar meu coração
E ao lhe ver assim cansado
Maltrapilho e maltratado
Ainda quis aborrecer?
Qual o quê!
Logo vou esquentar seu prato
Dou um beijo em seu retrato
E abro meus braços pra você.

RESUMO

Apesar dos avanços medicamentosos, a aids ainda é um grave problema de saúde pública que afronta a ciência e a sociedade pela alta incidência de transmissão e de número de óbitos, uma doença mortífera, mas também carregada de estigmas presentes no imaginário social. Considerada inicialmente como doença exclusiva de determinados grupos de risco, a aids alastrou-se silenciosamente entre mulheres que, de maneira ilusória, acreditaram estar imunes e protegidas do HIV, o que se nomeia como feminização da epidemia e data, no Brasil, da década de 1990. Esta dissertação é parte de um projeto maior, que investigou durante dois anos cerca de cem mulheres atendidas no mesmo contexto que este caso, onde se verificou que há indícios morosidade no reconhecimento das mulheres como vulneráveis à infecção do vírus HIV pela ciência médica, pelas políticas públicas brasileiras e a população em geral, incluindo ausência de campanhas preventivas para esta população e, pouca visibilidade de debates sobre feminização. Neste cenário constatou-se o crescente número de mulheres infectadas na região norte do país ao longo de toda a história da epidemia e o alarmante resultado em que Belém se encontra como a cidade em que se morre três vezes mais de aids que a população brasileira. Tendo como objetivo analisar o impacto da aids na sexualidade feminina estudou-se um caso de mulher vivendo com aids, internada no Hospital Universitário João de Barros Barreto, atendida em um dispositivo clínico psicanalítico, que aceitou participar da pesquisa. Para análise do caso utilizou-se o referencial teórico da psicanálise, revisão bibliográfica interdisciplinar sobre a epidemia de HIV/aids, as relações de gênero, a psicopatologia fundamental e os estudos sobre paradigmas ocidentais da sexualidade. Como resultado considerou-se que o falocentrismo pode ser uma defesa nesta cultura ocidental para feminilidade originária e o desamparo primordial comum aos humanos e constatou-se que o paradigma das diferenças sexuais, além de contribuir para uma moral médica e para a incidência da feminização da epidemia da aids, impõe um padrão de feminilidade que marca a subjetividade nesta cultura e que se contrapõe a uma nova imagem identitária ocasionada pelo HIV, a de “mulher aidética”. A análise do caso clínico apontou que o adoecimento por aids em Zumira foi traumático e que a negativa foi um recurso psíquico utilizado para manter seus ideais identificatórios. Contudo, a perda do objeto de amor e dos ideais de mulher, de esposa e de mãe, com os quais se identificava, levaram Zumira a se deparar com sua feminilidade originária, da qual tanto se defendia inconscientemente, o que contribuiu para o surgimento de sintomas melancólicos, rompimento de laços sociais e sua desistência de viver. Concluiu-se que a psicanálise foi um importante dispositivo clínico para reduzir o sofrimento psíquico da paciente, possibilitando alguma elaboração do trauma do diagnóstico e sua implicação no tratamento medicamentoso. Por fim, considerou-se que é no campo da psicopatologia fundamental construída por cada mulher, em um processo único e exclusivo de psicanálise pessoal, que é possível encontrar os sentidos possíveis do sofrimento diante do conflito psíquico ocasionado pela vida pulsional e a cultura marcada pelo falocentrismo.

Palavras-chave: Aids/HIV, Psicanálise, Feminização, Sexualidade, Feminilidade, Ideais.

RESUMEN

A pesar de los avances médicos, el SIDA sigue siendo un grave problema de salud pública que afrenta a la ciencia y la sociedad por la alta incidencia de la transmisión y el número de muertes. Una enfermedad mortal, pero también cargada de estigmas presentes en el imaginario social. Considerado inicialmente como una enfermedad exclusiva de ciertos grupos de riesgo, el SIDA se ha extendido en silencio entre las mujeres que, de manera ilusoria, se creen inmunes y protegidas del VIH, el que se denomina como la feminización de la epidemia y queda, en Brasil, en la década de 1990. Este trabajo es parte de un proyecto más amplio que investiga desde hace dos años cerca de un centenar de mujeres cuales fueran el mismo contexto que este caso, donde se encontró que no hay pruebas de la lentitud en el reconocimiento de las mujeres como vulnerables a la infección por el VIH por la ciencia médica, por las políticas públicas brasileñas y la población en general, incluyendo la falta de campañas de prevención y poca visibilidad a los debates sobre feminización. En este escenario se señaló el creciente número de mujeres infectadas en la región norte del país a lo largo de la historia de la epidemia y los resultados alarmantes en el que Belém es la ciudad en la que te mueres tres veces más que el SIDA que el promedio de otras ciudades brasileñas. Con el objetivo de analizar el impacto del SIDA sobre la sexualidad femenina, se estudia una mujer que vive con SIDA, admitido en el Hospital Universitario João de Barros Barreto, visto en un dispositivo médico psicoanalítico, que aceptó participar de la investigación. Para analizar el caso se utilizó el marco teórico del psicoanálisis, revisión de la literatura interdisciplinaria sobre el VIH / SIDA, las relaciones de género, la psicopatología fundamental y los estudios sobre paradigmas occidentales de la sexualidad. Como resultado de ello, se consideró que el falocentrismo puede ser una defensa en esta cultura occidental para la femineidad original y la impotencia primordial común a los humanos y se encontró que el paradigma de la diferencia sexual, además de contribuir a una moral médica y para la incidencia de la feminización de la epidemia del SIDA, impone una norma de la femineidad que marca la subjetividad en esta cultura y que se opone a una nueva identidad de la imagen causada por el VIH, la "mujer aidética". El análisis de casos clínicos señaló que la enfermedad del SIDA en Zumira fue traumático y el negativo fue un recurso psíquico utilizado para mantener sus ideales identificatorios. Sin embargo, la pérdida del objeto de amor y de la mujer ideal, la esposa y la madre, con el que se identificaba, llevaron Zumira venir a través de su femineidad originaria de la que tanto defendió a sí mismo inconscientemente, el que contribuyen a la aparición de los síntomas de la melancolía, la interrupción de las relaciones sociales y su retirada de la vida. Se concluyó que el psicoanálisis fue un dispositivo médico importante para reducir la angustia psicológica del paciente, lo que permite cierta elaboración del trauma del diagnóstico y su implicación en el tratamiento de drogas. Por último, se consideró que está en el campo de la psicopatología fundamental construido por cada mujer, en un proceso único y exclusivo del psicoanálisis personal, donde es posible encontrar los probables significados de sufrimiento antes de que el conflicto psíquico causado por la vida instintiva y la cultura marcada por el falocentrismo.

PALABRAS CLAVE: SIDA / VIH, el psicoanálisis, la feminización, Sexualidad, Femineidad, Ideal.

ABSTRACT

In despite of medical advances, aids is still a serious public health problem that affronts science and society by the high incidence of transmission and number of deaths. A deadly disease, but also loaded with stigmas presents in the social imaginary. Considered initially as an exclusive disease of certain risk groups, aids has spread silently among women that, in an illusory way, believed to be immune and protected from HIV, which is named as feminization of the epidemic and, in Brazil, comes from the 1990's. This work is part of a larger project that investigated along two years about a hundred women attended the same context as this case, where it was found that there is evidence of slowness in the recognition of women as vulnerable to infection with HIV by medical science, by Brazilian public policy and the general population, including lack of preventive campaigns for the disabled and poor visibility on debates about feminization. In this scenario it was noted the increasing number of infected women in the northern region of the country throughout the history of the epidemic and the alarming results in which Belém is the city in which people die three times more of AIDS than the average of other Brazilian cities. Aiming to analyze the impact of aids on female sexuality, a case of a woman living with aids admitted to the University Hospital João de Barros Barreto where studied, seen in a psychoanalytical medical device that took part in the research. To analyze the case, the theoretical framework of psychoanalysis was used, as also interdisciplinary literature review on HIV / aids, gender relations, the fundamental psychopathology and studies on Western sexuality paradigms. As a result it was considered that the phallocentrism can be a defense in this western culture for original femininity and the common primordial human helplessness and it was found that the paradigm of sexual difference also contributed to a medical moral and the incidence of feminization of the aids epidemic, imposing a standard of femininity that marks the subjectivity in this culture and which is opposed to a new image identity caused by HIV, the "aidetic woman." The clinical case analysis pointed out that the illness from aids in Zumira was traumatic and the negative was a psychic resource used to keep their identificatory ideals. However, the loss of her love object and the woman's ideals, of wife and mother, with whom she was identified, led Zumira to come across her originally femininity from which she hardly unconsciously defended herself, which contributed to the emergence of melancholy symptoms, disruption of social ties and her withdrawal of living. It was concluded that psychoanalysis was an important medical device to reduce the psychological distress of the patient, allowing some elaboration of the trauma of diagnosis and their involvement in drug treatment. Finally, it was considered that is in the field of fundamental psychopathology built by each woman in a unique and exclusive process of personal psychoanalysis, which you can find the possible meanings of suffering before the psychic conflict caused by the instinctual life and culture marked by phallocentrism.

KEYWORDS: AIDS / HIV, Psychoanalysis, Feminization, Sexuality, Femininity, Ideal.

SUMÁRIO

1 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	25
1.1 O VÍRUS HIV E A AIDS: definição e evolução no organismo humano.....	25
1.2 BREVE HISTÓRICO DO VÍRUS HIV E SEU TRATAMENTO	27
1.3 A CONCEPÇÃO DE “GRUPO DE RISCO”	28
1.3 A CONCEPÇÃO DE “COMPORTAMENTO DE RISCO”.....	32
1.4 O CONCEITO DE “VULNERABILIDADE”	33
1.5 AIDS E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: o macabro cenário da região norte.....	36
2 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS	39
2.1 A AIDS: problema de mulher!	40
2.1.1 A definição da Síndrome em mulheres	40
2.1.2 A inserção de mulheres em ensaios clínicos e o acesso aos antirretrovirais	42
2.1.3 Os métodos de prevenção controlados por mulheres	42
2.1.4 A invisibilidade do termo “feminização”	45
2.2 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL.....	46
2.3 POLÍTICAS PARA ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA AIDS	48
2.3.1 Revisão de 2009: exclusão das mulheres casadas	49
2.3.2 Monitoramento em 2010	50
2.4 VULNERABILIDADE E GÊNERO	51
2.4.1 Uma breve conceituação de gênero	52
2.4.2 Algumas considerações sobre as relações de gênero no Brasil	54
2.4.3 Gênero e Medicina	55
2.4.4 Aids: doença de prostituta?	57
2.4.5 O ideal de fidelidade: um fator de risco	59
3 AIDS, SEXUALIDADE E PRECONCEITO	63
3.1 O CONCEITO DE PULSÃO: a subversão freudiana	63

3.2A REPRESSÃO DA SEXUALIDADE:a moral sexual civilizada.....	66
3.3 CULPA E PRECONCEITO	69
4 OS PARADIGMAS DOS SEXOS E SEUS REFLEXOS PARA A SEXUALIDADE FEMININA	72
4.1 OS PROCESSOS DE IDENTIFICAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE FEMININA.....	74
4.2 A CULTURA E SUAS INFLUÊNCIAS NA SEXUALIDADE FEMININA	77
4.2.1 Do sexo único às diferenças sexuais	77
4.2.2 Os dois sexos foram inventados!	81
4.2.3 A Revolução Francesa e a construção do paradigma das diferenças sexuais	82
4.3.4 A mulher sem paixão.....	86
4.4 MATERNIDADE <i>VERSUS</i> DESEJO: as marcas do cristianismo	87
5 AS MULHERES E A REPRESSÃO SEXUAL E POLÍTICA DA MODERNIDADE .	91
5.1 O SURGIMENTO DA PSICANÁLISE: considerações sobre a mulher e a medicina	94
6 A SEXUALIDADE FEMININA SEGUNDO FREUD: a primeira tópica	102
6.1 O MONISMO SEXUAL: Freud e o paradigma do sexo único.....	103
6.1.1 A libido única	103
6.1.2 A bissexualidade infantil.....	104
6.1.3 Um sexo para todos!	105
6.1 O PADRÃO DE FEMINILIDADE.....	108
6.1.1 O complexo de castração e a inveja do pênis	109
6.1.2 “A guerra contra o clitóris”	114
7 SEXUALIDADE FEMININA SEGUNDO FREUD: a Segunda Tópica	122
7.1 A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE PELAS IDENTIFICAÇÕES.....	125
7.2 A PRIMAZIA DO FALO: BREVES CONSIDERAÇÕES	128
7.3 O INÍCIO DE UM NOVO PENSAMENTO SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA	134
7.3.1 O período pré-edípico feminino	134
7.3.2 O “defeito” feminino e suas consequências	139

7.3.3 O supraeu fragilizado	145
7.3.4 “Tornar-se mulher”? As marcas da feminilidade	147
7.3.5 A anatomia não é destino!	149
7.3.6 O impasse freudiano em relação ao tornar-se mulher!	151
7.3.7 O repúdio à feminilidade	156
7.3.8 Uma nova gramática do erotismo: a feminilidade originária	158
7.3.9 Repensando a leitura freudiana	162
7.3.10 A leitura de Birman sobre desamparo e sua associação a feminilidade	166
8 ENFIM, ZUMIRA: o relato clínico	169
8.1 PRIMEIRO MOMENTO: Zumira, a guerreira	169
8.2 SEGUNDO MOMENTO: Zumira vai à guerra.....	175
8.3 TERCEIRO MOMENTO: ainda a luta para Zumira.....	177
8.4 QUARTO MOMENTO: o Eu em ruínas.....	178
8.5 QUINTO MOMENTO: não há mais guerra para Zumira	179
9 CASO CLÍNICO EM DISCUSSÃO	181
9.1 UMA GUERREIRA: as defesas e os ideais de mulher de Zumira	181
9.2 REFLEXÕES SOBRE O TRAUMA DO DIAGNÓSTICO	182
9.3 DESOBEDIENTE E INJUSTIÇADA.....	186
9.4 A PERDA DO OBJETO E A QUEBRA DOS IDEAIS: o Eu de Zumira em ruínas	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
REFERÊNCIAS	197

APRESENTAÇÃO

Durante alguns anos, perguntei-me sobre o que teria me impulsionado a atender pacientes vivendo com aids¹ e me debruçar sobre o tema. Iniciei a prática profissional no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), no ano de 2008, como estagiária na área de Psicologia Hospitalar e solicitei estagiar especificamente nessa instituição por saber que lá a prática era supervisionada por uma psicanalista, o que poderia contribuir para minha formação.

Os alunos tinham a opção de escolher a área para estágio entre Clínica Médica (CM), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Centro Cirúrgico (CC), Pneumologia e Doenças Infecto Parasitárias (DIP) – esta última contava com apenas duas vagas, sendo de interesse apenas meu e de mais um colega.

Não sabia ao certo como tornar explícito o que me impulsionava a querer atender pacientes com aids. Algo de inquietante e enigmático envolvia a representação de uma doença como essa para mim, a morbidez e a relação com o sexual. Deparei-me inúmeras vezes com o pensamento: como deve ser receber tal diagnóstico e viver com esse martírio?

Como aprendiz de psicóloga, era grande minha ansiedade de escuta, em dar voz à dor, em perceber as delicadezas do processo analítico nos breves escapes dos atos falhos, nas manifestações de sintomas, nos processos identificatórios e nas diferentes formas de vivenciar as histórias de vida. Ansiava em proporcionar um lugar de escape para o trágico, para a elaboração da dor.

Ingressei no Hospital aos 23 anos de idade e, já no primeiro atendimento, perdi o paciente cuja idade era a mesma que a minha. Sua morte teve impacto sobre mim que, identificada com ele, resolvi realizar o teste para o HIV. Foi quando tive alguns dos sentimentos com os quais muitos se deparam ao se verem diante da possibilidade de assumir uma doença que envolve o a sexualidade: vergonha. Além da vergonha por solicitar o exame, que parecia denunciar algo da minha própria sexualidade, também me deparei com outro sentimento forte: medo em receber uma sentença, como possível castigo, para uma vivência sexual.

Além disso, outros fatores foram evocados na elaboração deste trabalho. Voltando à minha infância, relembro pequenas passagens da minha vida e do contato com a morte, por meio da doença. Ainda criança perdi um tio que, vítima de um acidente de moto, recebeu

¹ Nesta pesquisa, o termo aids será utilizado com inicial minúscula, de acordo com as recomendações da Coordenação Nacional de DST e Aids, pois, no Brasil, já se iniciou o processo de dicionarização do termo, em que a palavradeixou de ser uma sigla e é escrita como um substantivo comum: aids.

sangue contaminado. Não o conhecia, pois ele residia em São Paulo, mas lembro-me do sofrimento familiar, de meu primo que ficou órfão ainda bebê e, principalmente, da tristeza de minha mãe, que era sua “melhor amiga”.

O fantasma da sua morte sempre nos acompanhou pela tristeza de minha querida tia, que todos relatavam ter perdido algo de sua alegria. Minha tia, que era tão querida e amada, poderia ter sido ainda mais feliz. Porém, durante sua existência, carregou a tristeza de perder um filho por uma doença enigmática, cruel e carregada de estigmas, haja vista a inexistência de medicações na época.

Num outro momento, em 1990, quando tinha apenas seis anos, lembro-me do anúncio da morte de Cazusa. Lembro o olhar triste dos meus pais, que eram fãs e acompanharam todo seu adoecimento. Recentemente eles tinham perdido um grande amigo, que também morava em São Paulo, era gay, mas não contou seu adoecer, levando-os a ter conhecimento sobre o fato apenas após sua morte.

Talvez por isso, pela aids ter faticamente marcado sua vida, minha mãe tenha me presenteado, aos 12 anos de idade, com um livro chamado “Depois daquela viagem” (1997), escrito por Valéria Polizzi, que narra sua história. Moça jovem, de classe média alta, contaminada pelo primeiro parceiro sexual, o namorado, usuário de drogas, fato que ela desconhecia.

O tema da aids foi comum à minha infância e adolescência, sendo abordado e vivenciado sem preconceito. De alguma forma, minhas fantasias infantis têm podido revigorar por meio das escolhas profissionais que venho fazendo. Apenas iniciando a escrita deste trabalho pude me dar conta do quanto a aids já se fazia presente na minha própria história e que teorizar sobre seu impacto no psiquismo também pode estar sendo um processo de elaboração de minhas perdas infantis e de, narcisicamente, reparar o sofrimento vivenciado por meus familiares, em especial minha mãe, pela perda de dois dos seus melhores amigos, entre eles, meu tio.

Mas não apenas a aids é o tema deste trabalho. Há outro objeto de pesquisa, muito caro a mim: as mulheres. Ou mais especificamente, o sofrimento das mulheres pela repressão que incide, por meio de uma moral civilizada, sobre sua sexualidade. Como bem se sabe, a aids é uma doença que tem como sua principal via de transmissão a relação sexual. É uma doença associada à transgressão, promiscuidade, violentanão apenas pelas marcas no corpo, mas pelo preconceito que a acompanha.

Estudar mulheres como categoria de análise foi uma decisão impulsionada por minha prática como psicóloga pesquisadora no HUIBB no projeto intitulado “Relações de gênero,

feminismo, sexualidade, vulnerabilidade, raça e a feminização da epidemia do HIV-aids em Belém”, pois nos atendimentos realizados com essas mulheres percebi, por meio da escuta, dificuldades em falar sobre aspectos referentes à sexualidade e em aceitar a nova realidade, marcada por intenso sofrimento psíquico e sentimentos ambivalentes frente ao próprio corpo e ao desejo de viver.

Ao ouvir a angústia dessas mulheres diante do trauma provocado pelo diagnóstico, um conflito psíquico parecia evidente: o de ser mulher e viver com aids. Somado às dores de uma doença mortífera e à segregação social pelo preconceito, o desnude da sexualidade aliado à questão do ser mulher em uma cultura patriarcal e machista parecia ser um imperativo ao sofrimento psíquico, pois estar com aids parecia ir contra os padrões de feminilidade impostos pela cultura e os quais pretendo apresentar ao longo deste trabalho.

Obviamente, escolher a temática da mulher se dá por questões pessoais, uma vez que, sendo mulher, inúmeras vezes sofri e presenciei o sofrimento causado por rotulações, imposições e julgamentos discriminatórios que envolviam o papel social do código de conduta imposto à figura feminina.

A associação entre fragilidade e passividade, comumente propagada no senso comum, bem como o ataque àquelas que assumem posturas avessas aos padrões socialmente aceitos, normativos, são questões que sempre me inquietaram. Assim, vivenciando injustiças e a pressão social que impõe limites às mulheres e que vão ao encontro com meus conflitos infantis ocasionando angústias, culpa e medo, senti o desejo de estudar sobre a sexualidade feminina.

INTRODUÇÃO

A palavra "*Psico-pato-logia*" é composta de três vocábulo gregos: "*psychê*", "*pathos*" e "*logos*". Conforme Ceccarelli (2005), *psychê* significa psiquismo, alma, psíquico; *pathos* significaria paixão, excesso, passagem, sofrimento, patológico, enquanto *logos* resultaria em lógica, discurso, narrativa, conhecimento. Portanto, pode-se considerar que "Psicopatologia" se refere a um saber, um discurso (*logos*) sobre a paixão (o *pathos*) da alma (a *psiquê*). Em outras palavras, a Psicopatologia irá produzir um discurso representante do *pathos* psíquico, do sofrimento, das paixões.

A Psicopatologia Fundamental, que surgiu a partir de Pierre Fédida e da tradição francesa, cujo campo conceitual é o da psicanálise, resgata a escuta da singularidade do sujeito sobre seu *pathos*, suas paixões, com a possibilidade de transformar aquilo que causa sofrimento em experiência (BERLINCK, 2008).

No artigo "Insuficiência Imunológica Psíquica", Berlinck (1997) irá desenvolver um conceito importante para o entendimento do sofrimento psíquico dos pacientes acometidos por doenças virais graves. Apoiando-se na ideia de ameaça do extermínio da espécie por insuficiência imunológica a ataques virulentos vindos do meio externo, este autor também irá considerar a existência de um mito de origem na subjetividade humana desencadeado por esta ameaça. Este mito, sustenta o autor, se repete ao longo da história ocidental sendo encontrado em obras como a Bíblia Sagrada e também na obra freudiana ao se referir ao crime primordial que culminou no desenvolvimento da psicopatologia psicanalítica da subjetividade humana.

Berlinck (1997) passa a oferecer um conceito que permite à clínica compreender o desamparo dos pacientes diante de um ataque viral chamado de "Insuficiência Imunológica Psíquica". Sobre este conceito, Moreira (2002, p. 126) afirma:

Para ele, é possível dizer, com Freud, que não só o ser humano apresenta um desamparo originário, como esse é responsável por uma insuficiência constitutiva do aparelho psíquico para responder à violência primordial que ameaça a existência física do sujeito e da espécie. Nessa concepção, a ameaça à sobrevivência da espécie, durante a chamada era glacial, encontrou nas neuroses de transferência formas criativas de se proteger, assim constituindo o aparelho psíquico, desde o início, como psicopatológico. As psicopatologias, portanto, são modos de subjetivação, sem as quais o humano encontra-se condenado à insuficiência imunológica psíquica.

A Psicopatologia Fundamental irá unir, portanto, o conceito de transferência à noção de *pathos* a partir do reconhecimento do desamparo originário na espécie humana e das neuroses de transferência como "soluções" criativas de proteção para constituição do aparelho psíquico, que são psicopatológicas. De acordo com Ceccarelli (2005), ela irá considerar que o

psiquismo é uma organização que se desenvolveu para proteger os seres humanos contra os ataques, externos e internos, que representavam perigos às suas vidas, sendo o psiquismo parte do sistema imunológico.

Isto significaria que assim como uma pessoa pode apresentar um sistema de defesa orgânico debilitado e demonstrar maior suscetibilidade para contrair doenças, ela também pode ser mais frágil para responder ataques internos (pulsionais, passionais) e externos (perdas diversas, mudanças) ao longo de sua vida, podendo “adoecer” psiquicamente (CECCARELLI, 2005)

Moreira(2002) constata, a partir de sua pesquisa clínica, que muitos pacientes que tomam conhecimento sobre o diagnóstico de aids apresentam enfraquecimento das competências do sistema imunológico, chegando, em um curto espaço de tempo, até mesmo a evoluir a óbito. O diagnóstico de aids parece ter um impacto devastador, um verdadeiro trauma, às vezes, causador de uma perda narcísica irreparável.

Frases muito comuns como “perdi o chão”, “meu mundo caiu”, “é como se eu não estivesse ali” foram, e são, recorrentes nas falas dos pacientes, o que parece reportar a um momento sem representação, indizível em palavras e que somente mais tarde, por meio da livre associação, começa a ganhar sentido. O diagnóstico parece ser um momento de “choque”, palavra comumente utilizada pelas mulheres para descrever o que sentiam.

Durante minha experiência com mulheres vivendo com aids internadas no Hospital Universitário João de Barros Barreto, deparei-me com o sofrimento que o diagnóstico provocava em suas vidas. Sofrimento que parecia abalar seu equilíbrio psíquico, causador de um enorme vazio, de uma ruptura, difícil de ser traduzido em palavras, algo que só passava a ter elaboração *a posteriori*, por meio dos atendimentos clínicos.

Acompanhei alguns momentos de comunicação diagnóstica e tenho ainda na memória o rosto de cada paciente, seja pelo olhar petrificado e assustado, sem entender o que estava acontecendo, seja pela impossibilidade de ouvir o que estava sendo dito ou, até mesmo, pelos sintomas físicos manifestos no corpo, como desmaio. Portanto, apesar de não ser o escopo deste trabalho, é importante frisar que nossas pesquisas, realizadas pelo Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Belém do Pará, apontam resultados que demonstram o diagnóstico de aids como um trauma psíquico.

Destinada a atender especificamente mulheres, verifiquei que o sofrimento que chegava até mim pela escuta não estava apenas relacionado ao orgânico e ao medo da morte, embora presentes, mas também ao abandono nas relações amorosas e a vergonha de ser considerada uma mulher com aids. A aids marcava a alma, mas aparecia também no corpo

visível, emagrecido, sem as curvas volumosas, consideradas tão sensuais nas camadas populares em nossa região.

Estas considerações me impulsionaram a pesquisar sobre questões culturais que envolvem a sexualidade feminina. No discurso de pacientes, verifiquei que alguns ideais culturais que envolvem o papel social de mulher – dona de casa, esposa, mãe – pareciam trazer grande sofrimento psíquico quando entravam em contraste com a formação de uma nova e imaginária identidade, a de “mulher aidética”.

No imaginário social, o diagnóstico de aids parece denunciar uma sexualidade transgressora e promíscua. Como se houvesse uma acusação silenciosa, ou nem tanto, vivida por muitos como punição. É o que aponta o último relatório da pesquisa intitulado “Relações de gênero, feminismo, sexualidade, vulnerabilidade, raça e a feminização da epidemia do HIV-aids em Belém” (2015) que apresentou em seus resultados mulheres culpadas por terem adquirido uma síndrome associada ao sexual e a prostituição, apresentando inibição da vida sexual após diagnóstico, além de melancolia meio ao trauma e desamparo, por vezes, somados ao rompimento dos laços sociais.

As perdas narcísicas diante do diagnóstico de aids e a ansiedade pela representação de, na fantasia, estar sendo atacado por um microorganismo que quase parece fazer parte do eu, de acordo com Moreira (2002), podem levar a perda de toda representação identitária do sujeito. No caso das mulheres casadas, muitas vezes com filhos, esta perda identitária diante da nova representação de mulher aidética parecia ser causadora de um grande sofrimento psíquico, muitas vezes, fatal.

Antes de adentrar no caso clínico, ponto de partida para tantos questionamentos, torna-se importante delimitar o objeto desta pesquisa, pois o termo “mulheres” é abrangente. Diante dos novos debates contemporâneos sobre gênero, tendo como uma de suas principais representantes a filósofa pós-estruturalista Judith Butler, compreende-se que gênero é imposto como um atributo inato pelas práticas reguladoras da coerência de gênero. Para a autora, há uma imposição identitária que determina aquilo que se é, pautada em um modelo binário: ou se é homem ou se é mulher (BUTTLER, 2008).

Ceccarelli (2010) também se dedicou aos estudos de gênero. Tomando o transsexualismo como ponto de partida, defendeu, a partir da leitura de Freud, que a apreensão de gênero é parte dos caminhos identificatórios constitutivos da psicosexualidade, sendo o sentimento de identidade sexual que irá dizer algo sobre o sujeito. Com isso, podemos considerar que temos uma variável de mulheres que transita entre as solteiras, casadas, em relacionamentos estáveis, mães, viúvas, jovens, idosas, lésbicas e trans. No caso

específico desta pesquisa, as mulheres que representam o objeto de estudo são as heterossexuais em relacionamento estável.

Entre as pacientes atendidas, um caso clínico em especial me mobilizou a pensar nesta dissertação. Uma mulher que nomearei de Zumira, a fim de preservar sua identidade. Apesar do longo período de atendimento, que ocorreu em cinco internações distintas, proponho-me apenas a apresentar fragmentos do caso, com o objetivo de delimitar o assunto proposto a ser abordado neste momento, pois pensar sobre a relação entre a melancolia e a sexualidade feminina, ocasionada pelas perdas identitárias de um ideal cultural, foi apenas um dos caminhos possíveis que o caso indicou. Contudo, o caso Zumira é muito caro a mim e continuará sendo objeto de estudo futuramente, em outros enfoques que permitam a articulação da teoria com a clínica, método por excelência do pesquisador em Psicopatologia Fundamental.

O estudo de caso clínico é o método utilizado por Freud no desenvolvimento de sua teoria, o que justifica sua afirmativa de que pesquisa e tratamento coincidem, pois é a partir de suas observações em análise que ele constrói paulatinamente sua teoria, sendo ambas mutuamente importantes. A pesquisa pela via do método clínico, conforme sustenta Berlinck (2009), permite ao pesquisador transformar em palavras o sofrimento psíquico (*pathos*) e as representações sobre o mundo interno (*psychê*), sendo esta sua finalidade, o que só é possível pela prática clínica. Nela pode se construir tanto uma narrativa (*logos*) do clínico, pesquisador e analista, como também do paciente, que não segue uma lógica formal e a torna singular.

O caso clínico que aqui pretendo apresentar refere-se a uma moça de 35 anos de idade. Faço de seus atendimentos meu objeto de estudo devido às mobilizações psíquicas que o estudo me causou, como já dito acima. Atendi Zumira por um longo período e pude observar através de sua fala verdadeiros golpes narcísicos provocados pela aids como a perda do corpo saudável e a perda do corpo de mulher, o sentimento de onipotência sendo aniquilado pela presença da ameaça constante de morte, a aids como um estrangeiro, externa ao seu eu, a renúncia dos prazeres da vida, como se houvesse a necessidade de redenção por carregar um vírus tão devastador e o permanente sentimento de injustiça.

A aids não era assumida por ela. Ninguém podia saber. Havia um grande temor pelos seus filhos, pelos olhares de vizinhos, pela discriminação. Dizia sentir-se injustiçada, havia sido contaminada por um rapaz que sabia da doença e nunca contou a ela. Sentia muita raiva da aids e dizia que nunca iria aceitar a doença, fato que a levou abandonar a medicação por diversas vezes até iniciar tratamento analítico, quando, finalmente, aderiu às medicações por nove meses consecutivos até evoluir a óbito.

Com a não aceitação da sua condição de pessoa vivendo com aids e sua luta constante contra qualquer fator que a confrontasse com a realidade, Zumira sustentava seu ideal de mulher forte, guerreira, onipotente, sexualmente ativa, desejada, mãe e esposa. Porém, durante seu adoecimento, pude acompanhar a quebra desses ideais e o desmoronamento de seu eu: Zumira se viu fraca, vulnerável, perdendo suas formas femininas pelo emagrecimento, perdendo seu marido, que a abandonou, perdendo o filho que foi morar com pai e, sem sucesso, adoecendo recorrentemente, isto é, perdendo em todas as batalhas.

Essas perdas foram avassaladoras e, diante da quebra de ideais e da revivescência do desamparo infantil, Zumira entrou em melancolia, passando a não investir nos objetos externos, deixando de alimentar-se, de falar, de cuidar de si e, conseqüentemente, com sua piora clínica, evoluindo a óbito. Ao ser abandonada por seu marido, Zumira relatou-me que, durante o casamento, sentia-se grata, como que devendo um favor ao companheiro por ele, ciente de sua condição, assumi-la como esposa: acreditava que mais nenhum homem iria querer relacionar-se com ela. Quando não pode mais acompanhá-lo em festas por estar doente, parecia entender que ele a estava largando, pois ela não podia mais cumprir seu papel de mulher. Ela buscou manter seu vínculo com ele através de brigas judiciais, porém, com o afastamento definitivo e o rompimento dos laços sociais do homem mais significativo em sua vida, Zumira não resistiu, e como bem disse, “desistiu”, evoluindo a óbito.

Assumir uma doença como a aids tem um impacto psíquico devastador para mulheres, pois evoca aspectos de sua sexualidade infantil e, logo, de sua feminilidade, além de impor uma forte condição externa que contribui para situações de sofrimento: o machismo. Em “O sexual da violência”, Ceccarelli (1998) nos refere que o Supraeu² é formado não apenas pelo precipitado da autoridade paterna, mas também por fatores externos (os Ideais), que pertencem ao sistema social em que o sujeito está inserido, portanto, inevitavelmente, há determinantes culturais que incidem nas construções de ideais do eu.

Muitas vezes sofrendo o abandono do companheiro, sendo apontada pela vizinhança como promíscua e/ou com vergonha de sua condição, uma mulher profere contra si mesma a sentença de condenação por ultrapassar os limites construídos historicamente e permitidos de maneira silenciosa pela sociedade, àqueles que colaboram com um padrão de feminilidade

² O termo “Supra-Eu” é a tradução proposta por Luiz Alberto Hanz nas Obras Psicológicas do Inconsciente, vol.03, publicada pela Imago no ano de 2007 (Ver as páginas 24-25). Sua defesa consiste em considerar que *über* é uma preposição alemã que designa a posição espacial em que um objeto se situa e corresponde a “sobre”, “super”, “supra”, “acima”. Para o autor, especificamente na composição *Über-Ich* o prefixo expressaria um “Eu que pára em cima de outro Eu”. Entretanto, a opção por “Supra” em detrimento de “Super” decorre da compreensão que, em português, a expressão “super” também poderia levar ao entendimento equivocado de um “Ego muito poderoso” ou “mais poderoso que o Ego”.

criado pela burguesia desde a Revolução Francesa: cabe a mulher o lar, a fidelidade, o matrimônio e o papel de cuidadora. Destarte, a condenação feminina ocorre por dois fatores: o externo, que pode se dar por meio do rompimento de relações profissionais e afetivas, violência física e psíquica, e o interno, causado pela instância psíquica do Supraeu.

Freud (1933), ao tratar de feminilidade, afirma que se deve ter cautela para não subestimar a influência dos costumes sociais que compelem a mulher a uma situação passiva e considera ser esse um problema ainda sem elucidação. Todavia, é enfático em afirmar que há algo que não deve ser desprezado na feminilidade: sua relação com a vida pulsional. Desta forma, pode-se pensar que há dois determinantes que influem no psiquismo feminino: o curso do desenvolvimento pulsional e a influência dos costumes sociais.

Na cultura ocidental judaico-cristã, que é sexista e patriarcal, esses valores também estariam presentes na construção dos Ideais das mulheres atendidas neste projeto? Partindo desta questão, proponho o seguinte problema: *Que impacto a aids representa para a sexualidade feminina?*

Reconheço a delicadeza do tema proposto, afinal, é do sujeito do inconsciente que se trata em psicanálise. Dessa maneira, não é objetivo deste trabalho compreender apenas o contexto histórico da situação das mulheres vivendo com aids, mas é a voz do sujeito inconsciente que irá conduzir e tecer o desenvolvimento desta dissertação com a rede conceitual da metapsicologia freudiana. Contudo, levando em consideração que a cultura também incide na construção dos Ideais, esta pesquisa se propôs compreender que concepções permeiam a sexualidade feminina, criadas ao longo da história no ocidente.

Além disso, ao considerar a aids, em especial a contaminação das mulheres, um problema de saúde pública – caracterizado como uma epidemia, visto seu crescimento contínuo – já se teria uma justificativa plausível para o investimento em pesquisas científicas que pudessem auxiliar na formulação de políticas públicas. Todavia, além da necessidade em erradicar ou, ao menos, diminuir os casos de aids no estado do Pará, existem outros fatores que me fazem sentir desejo em estudar tal assunto, dentre eles, o sofrimento decorrente de uma doença que possui um estigma tão devastador que, mesmo se descoberta em estágio inicial, às vezes, é tida como “pior” que outra patologia em estado terminal. Como nos refere Labaki (2001, p. 19), ao afirmar da aids em relação a demais adoecimentos:

[...] projetava-se no espaço clínico o confronto com a própria mortalidade e com as angústias correspondentes misturadas a mecanismos autoacusatórios, já que o sujeito se contaminara ao realizar uma ação de natureza sexual ou associada ao uso de drogas ilícitas que o levava a se incriminar ou incriminar o outro. É esse, inclusive, um dos traços que diferencia o câncer da aids, pois, na maioria dos casos, fora o tipo pulmonar,

atribuído ao tabaco, o câncer não possui uma causa e um disparador tão objetivável quanto a aids.

Em face da crescentefeminização da epidemia de aids, a questão dos processos de subjetivação das mulheres vivendo com aids tem sido um importante problema de pesquisa que indica a necessidade de estudos que possam diminuir a vulnerabilidade a que estão expostas. Este estudo pretende ter relevância científica na busca de produzir e difundir conhecimento teórico entre os profissionais da área de saúde para contribuir em sua atuação prática e suscitar reflexão acerca do sofrimento subjetivo vivenciado pelas mulheres contaminadas com vírus HIV. Concomitantemente, visa a contribuir com a qualidade de vida dessas pacientes, por meio da promoção de uma perspectiva humana, técnica, ética e acolhedora diante de sua realidade, com o fim de levá-las a se implicarem em seus tratamentos. Além disso, é na escuta das pacientes com aids que se pôde estudar a vulnerabilidade dessas mulheres, podendo então contribuir com políticas públicas preventivas que busquem minimizar práticas sociais recorrentes que colaboram para o dramático cenário paraense.

Cabe indicar que esta dissertação será dividida em nove capítulos: o primeiro referente a aids, seu histórico, etiologia e realidade no cenário paraense, o segundo em relação feminização da epidemia e suas problematizações, o terceiro abordando sobre aids, sexualidade e preconceito, o quarto sobre os paradigmas dos sexos e seus reflexos na sexualidade feminina, o quinto sobre as mulheres e a repressão sexual e política da modernidade, o sexto sobre sexualidade feminina na primeira tópica freudiana, o sétimo sobre sexualidade feminina na segunda tópica e, finalmente, o oitavo capítulo que apresenta o relato de fragmentos do caso clínico e o nono que realiza uma discussão do caso em questão.

CAPÍTULO I

1 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Na medida em que a aids se projetou como agente de sofrimento das mulheres aqui investigadas, e com objetivo de precisar o objeto psicopatológico aqui tratado, fez-se necessário desenvolver um capítulo que situe o leitor na temática. Para tal, este capítulo se distribuirá da seguinte maneira: inicialmente se dará uma breve descrição sobre a etiologia do vírus HIV, em seguida discorrerá sobre as concepções de grupo de risco, comportamento de risco e o conceito de vulnerabilidade para, posteriormente, apresentar o cenário atual da doença na região norte, em especial Belém do Pará.

1.1 O VÍRUS HIV E A AIDS: DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO NO ORGANISMO HUMANO

Diariamente o corpo humano reage aos ataques de bactérias, vírus e outros micróbios por meio do sistema imunológico, que é formado por barreiras compostas por milhões de células de diferentes tipos e com distintas funções, responsáveis por garantir a defesa do organismo e por manter o corpo funcionando livre de doenças. Entre as células de defesa, estão os linfócitos T CD4+, que são glóbulos brancos que organizam e comandam a resposta diante dos agressores, isto é, aprendem a memorizar, reconhecer e destruir os micro-organismos estranhos que entram no corpo humano (BRASIL, 2014).

O vírus da *Imunodeficiência humana* (HIV) age atacando o sistema imunológico do corpo e é transmitido somente por contato direto e/ou troca de sangue ou fluidos corporais de uma pessoa infectada com os de outra pessoa. Esta mistura pode ocorrer durante a atividade sexual sem proteção, ao se compartilhar seringas ou objetos perfuro cortantes que possuam resíduos de sangue, através da mãe infectada pelo HIV, durante a gestação ou amamentação e através de transfusão de sangue.

Sua ação consiste em atacar, principalmente, os linfócitos T CD4+, penetrando no seu interior, alterando o DNA desta célula e fazendo cópias de si mesmo, ou seja, multiplicando-se. Após a multiplicação, o vírus rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção, tornando este processo contínuo (BRASIL, 2014).

A primeira fase, chamada de *infecção aguda*, ocorre justamente quando há a incubação do HIV – tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas e leva de 30 a 60 dias, após a infecção, para

produzir anticorpos anti-HIV. Os *primeiros sintomas* são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar, o que faz com que, na maioria dos casos, passe despercebido (BRASIL, 2014).

A próxima fase é chamada de *assintomática*. Isto por que pode permanecer, meses ou anos, sem manifestações clínicas de adoecimento. Estima-se que nos países desenvolvidos, o tempo médio decorrido entre o contágio e o desenvolvimento da aids seja de 10 a 13 anos. Neste período, há uma forte interação entre as células de defesa e as células, rápidas e constantes, produzidas pelo vírus. Todavia, esta interação não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, já que os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. (BRASIL, 2014).

Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase *sintomática inicial* é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4 - glóbulos brancos do sistema imunológico -, e ocorre a manifestação dos sintomas mais comuns: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento (BRASIL, 2014).

O sistema de defesa vai, pouco a pouco, perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças. É neste momento em que há o aparecimento de doenças oportunistas, quando o organismo não tem força para combater esses agentes externos. Ocorre então o *desenvolvimento da aids*. Portanto, *a aids é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico*. Esse momento geralmente marca o início do tratamento com os medicamentos antirretrovirais que combatem a reprodução do vírus (BRASIL, 2014).

Uma pessoa pode ser considerada como um caso de aids se tiver um teste de HIV positivo confirmado, uma ou mais das 23 infecções e cânceres que ameaçam a vida e que são específicos da AIDS, ou ainda uma contagem celular T4 abaixo de 200 (BERER E RAY, 1997).

O diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento podem trazer graves implicações ao paciente portador de aids, uma vez que doenças graves podem associar-se ao quadro clínico como hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, ocasionando a morte daqueles que a contraem (BRASIL, 2014).

1.2 BREVE HISTÓRICO DO VÍRUS HIV E SEU TRATAMENTO

*“Vamos falar de pesticidas e de tragédias radioativas,
De doenças incuráveis
Vamos falar de sua vida
Preste atenção no que eles dizem: ter esperança é hipocrisia”
(RUSSO, 1996)*

Qual a imagem que se tem ao pensar em alguém com aids? Em 1990, aos 32 anos de idade, Cazuza, cantor reconhecido no cenário do rock nacional, morre após assumir publicamente sua doença e definhando diante dos olhos públicos. O Brasil – familiares, amigos, fãs, mídia – acompanhou paulatinamente sua dor estampada nas letras de música em que encarnou “a cara da morte” e assistiu seu corpo definhando, com um cruel emagrecimento, até o estado caquético.

Trago Cazuza – jovem, bonito, famoso, de família com alto poder aquisitivo financeiro, bissexual, usuário de drogas, morador da Zona Sul do Rio de Janeiro – como recorte deste trabalho, por Cazuza representar exatamente o momento do Brasil na primeira fase da aids em que a doença eclodia e parecia ser de um restrito grupo: os gays e usuários de drogas, especificamente dos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro.

A morte do cantor Cazuza também se faz um marco importante na história brasileira, pois sua imagem corporal e sua dor visível ao público, assim como de tantos doentes de sua época, ainda hoje se faz presente no imaginário social acerca da imagem do doente com aids. É o que nos afirma Moreira (2012, p. 28) ao dizer que:

A associação de aids e morte, divulgada pela mídia e pelas propagandas da primeira década da epidemia, nunca deixou de se reinscrever no imaginário que cerca a pandemia, o que ainda não deixou de ser também uma certeza científica, pois a cura ainda não foi alcançada. Percebe-se que o imaginário popular tem uma “imagem” em relação ao paciente que possui HIV, que provoca uma nova identificação, a de “aidético”, aquela que remete um corpo emagrecido, frágil, passível e próximo da finitude.

Portanto, já tendo esclarecido o funcionamento do vírus do HIV no organismo humano, faz-se relevante compreender seu impacto sobre aqueles que se contaminam, pois a história do aparecimento do vírus – a condução da ciência médica aliada a midiática, principalmente, na primeira década da epidemia, tal como nos mostra Moreira (2012) na citação acima – tem estreita relação com sofrimento psíquico suscitado pelos estigmas que envolvem a aids.

O HIV é um vírus novo, datando três décadas de epidemia. Pouco se sabe sobre sua evolução e sua origem. Há pesquisadores que defendem a ideia da criação do vírus no laboratório americano “Centro para o Controle de Doenças”, em Atlanta, durante a Guerra Fria, para uma possível guerra biológica, porém, atualmente, a teoria mais aceita é que sua origem derive de um vírus chamado *vírus da imunodeficiência dos símios* que, após sofrer mutações, transformou-se em HIV, sendo transmitido de uma espécie de macacos africanos aos humanos (BERER; RAY, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), no ano de 1999, Marylin, um chimpanzé fêmea, ajuda a confirmar que o SIV (*simian immunodeficiency virus* ou vírus da imunodeficiência dos símios) foi transmitido para seres humanos e sofreu mutações, transformando-se no HIV. Testes genéticos mostram que o HIV é bastante similar ao SIV, que infecta os chimpanzés, mas não os deixa doentes

O trecho da música de Renato Russo, citado acima, publicado em seu cd “Tempestade” – momento em que o poeta encontrava-se com aids – traduz o que uma doença incurável pode ocasionar a seus pacientes portadores: a desesperança em esperar uma possível cura. Apesar dos avanços científicos em relação a medicações, ainda não há a possibilidade de cura para a aids, tampouco vacinas que garantam sua prevenção. Os remédios, por sua vez, mesmo permitindo controle da carga viral, ainda causam danosos efeitos colaterais que variam entre enjoo, falta de apetite, diarreia, manchas vermelhas, lopedistrofia (mudança na distribuição de gordura), fragilidade no sistema digestivo, até a presença de alucinações visuais.

Para dar continuidade ao debate aqui proposto, as próximas sessões irão pautar sobre as fases da epidemia visando demarcar a construção histórica do desenvolvimento da aids, desde a descoberta da síndrome de doenças, posteriormente, de sua etiologia e, finalmente, de sua mudança epidemiológica – características que trouxeram mudanças na forma de classificar, tratar, estudar e entender a aids.

1.3 A CONCEPÇÃO DE “GRUPO DE RISCO”

De acordo com Camargo (2000), a aids surge em um momento histórico em que os países desenvolvidos consideravam as epidemias e sua carga de letalidade como passado. Houve, então, o pânico decorrente da percepção progressivamente mais nítida dos limites de uma medicina tida como todo-poderosa, ou quase. Alguns autores, como Pádua (1986) e Castanha et al (2006), sustentam que os sentimentos de pânico de contágio e medo de uma

disseminação em massa por uma peste virulenta parecem ser herança de um passado histórico que aterrorizou a humanidade e ficou marcado no desenvolvimento da sociedade, como a hanseníase nos tempos bíblicos, a peste na Idade Média, a sífilis e a tuberculose nos últimos três séculos. Estas doenças representavam uma ameaça externa e grave à sociedade por serem incuráveis e contagiosas, disseminando-se entre um número significativo de pessoas, levando-as, na tentativa de defesa e proteção, a atitude de evitar aquele que a portava.

É interessante destacar que apesar da aids ser considerada uma síndrome conhecida na década de 1980, por ter se alastrado neste período, ao que parece, já havia casos pontuais ocorridos em diferentes lugares do mundo. Estudo realizado através de amostras de sangue e tecidos armazenados, após a descoberta da etiologia do vírus, descobriu que os primeiros casos de mortes relacionadas ao HIV ocorreram antes mesmo, ainda na década 1970. Entre eles, um marinheiro na Inglaterra (1959); um adolescente nos Estados Unidos (1969); um marinheiro, esposa e filha na Noruega (iniciaram o adoecimento nos anos 1960 e faleceram em 1973) e um doador de sangue do Zaire (1959); além de casos esporádicos em pessoas que mantiveram contato com a África Ocidental nos anos de 1960 (BERER; RAY, 2007).

Nestes primeiros casos já pode ser observada a contaminação de uma pessoa do sexo feminino e de uma criança. Todavia – como melhor será narrado no capítulo sobre feminização – a aids, como uma questão relacionada a mulher, só teve reconhecimento oficial a partir de reuniões com várias agências envolvidas em 1989, em Paris, quase uma década após ser detectada e descoberta sua etiologia. É pertinente salientar este fato, pois tal morosidade em relação às mulheres é decorrente de uma concepção que envolvia a compreensão da doença no primeiro momento da epidemia: a concepção de grupo de risco.

Desde sua descoberta, a aids aparece como um desafio à ciência e à medicina, devido sua disseminação ter acarretado a quebra da estabilidade alcançada com o advento dos antibióticos e vacinas. Os infectologistas acostumados a curar infecções repentinamente se viram privados de recursos para dominar a nova patologia que rápido se alastrava. Assim, sem que pudesse ser detido, o HIV se espalhou pelo mundo, infectando e matando seus portadores (LABAKI, 2000).

Desta forma, pode-se considerar que na primeira fase da epidemia a ciência se via interdita em realizar o seu saber e deparava-se como emissária de um grave problema contra o qual não possuía (como ainda hoje não possui) solução, impotente diante da doença e da morte. Desconhecendo a etiologia do vírus e reconhecendo o crescente número de contaminações, que iniciou ao final da década de 1970, a ciência médica contentava-se em

caracterizar o doente apenas por sintomas clínicos evidentes: ter aids era sinônimo de morte anunciada.

A aids somente foi nomeada e caracterizada como uma síndrome de doenças em 1981, todavia, apesar de nomeada, ainda não tinha causa definida e pouco se sabia sobre seu desenvolvimento e forma de contágio. O primeiro caso no Brasil ocorreu na década de 1980, quando ainda nem havia a nomeação da aids, porém, tal como no restante do mundo, foi reconhecido somente dois anos depois, em 1982.

É desta forma que a aids chega aos brasileiros, causando pânico, medo, pavor, como uma doença misteriosa que suscitava a necessidade de ser caracterizada a fim de entender seu desenvolvimento, sua origem, sua transmissão e, assim, controlar e minimizar suas consequências. Disseminando-se rapidamente e apresentando alta taxa de letalidade, a aids suscitava (e ainda suscita) intensas emoções de pânico, de medo de contágio.

Diante deste cenário, a comunidade científica, aliada à mídia, colaborou para o imaginário social ainda presente nos dias atuais, criando a associação da aids a determinados grupos de risco no intuito de dar uma resposta a sociedade e de proteger cidadãos diante do desespero em afastar uma doença que se apresentava como uma ameaça mortífera (POLISTCHUCK, 2010).

Assim, mesmo sem conhecer suas formas de contágio, as primeiras campanhas realizadas no exterior relacionavam a doença até então desconhecida ao sexo. O serviço de Saúde Pública recomendava que “o contato sexual com pessoas suspeitas, ou sabidamente com aids, deveria ser evitado. Membros de grupos de alto risco deveriam ser alertados de que múltipla parceria sexual aumentava a probabilidade de desenvolvimento da aids”. No Brasil não foi diferente. No ano 1983, o jornal *Notícias Populares* estampava na capa a manchete: “Peste-gay já apavora São Paulo” – notícia que indicava o pânico provocado pela aids (POLISTCHUCK, 2010, p. 8).

Em síntese, a epidemia de aids dividiu-se em três fases. No primeiro período, de 1981 a 1984, houve uma busca por fatores de risco associados à nova doença, ainda desconhecida em sua etiologia e distribuição, através de estudos epidemiológicos. As primeiras descobertas sobre as formas de contágio da aids – práticas sexuais sem preservativo, compartilhamento de seringas e exposição a sangue e agulhas contaminados – contribuiu para rotulações que perduram até hoje, a doença assumiu a nomenclatura temporária de “Doença dos 5H”, o que correspondia à representação de cinco grupos específicos, os ditos “grupos de risco”, compostos de homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers – nome em inglês dado às profissionais do sexo. Os homossexuais e os

hemofílicos, principalmente, passaram a ser os primeiros alvos das estratégias preventivas e de exclusão, já que tais estratégias se referiam à abstinência de sexo, de uso de drogas e não doação de sangue. Surge, então, a concepção de grupo de risco (POLISTCHUCK, 2010; BRASIL, 2014).

Segundo Ayres (1997a), o conceito de “grupo de risco” tornou-se a base das poucas e ainda rudimentares estratégias de prevenção que acabaram se apresentando ineficazes e equivocadas do ponto de vista epidemiológico assim como trouxeram malefícios a sociedade, presentes até os dias atuais, por incitar preconceitos e gerar iniquidades.

A aids passou a ser conhecida como a "epidemia da imoralidade", conceito desenvolvido por Maia, Guilhem e Freitas (2007), por ser associada a pessoas com comportamentos ditos desviantes. Portanto, por se tratar, inicialmente, de uma doença vinculada a outras doenças históricas e devastadoras – doenças mortais e de alto contágio – e, posteriormente ao adquirir a característica de ser um vírus contraído a partir do sexo e de partilha de seringas, comum aos usuários de drogas, a aids passa a ser associada à transgressão. Logo, as pessoas vivendo com aids passaram a ser associadas aos rótulos de promíscuas e desregradas, criando-se a concepção que os difusores do vírus seriam os homossexuais, as prostitutas e os usuários de drogas.

Maia, Guilhem e Freitas (2007, p. 243), consideram que esta história moral da aids permitiu a construção da noção de que essa seria uma doença estrangeira, daquelas consideradas “distantes morais”. Apesar dos avanços científicos e discussões sobre a sexualidade, a aids ainda carrega consigo esta representação devastadora. Assumir estar com aids é assumir uma gama de representações sociais que, fatidicamente, irão repercutir nas relações amorosas, familiares, profissionais, culminando em repercussões econômicas e relacionais.

Não é raro observar este temor no relato dos pacientes que, em situações distintas, revelam o sofrimento de estar com aids, seja pela discriminação no trabalho, na vizinhança ou no seio da própria família. Murmúrios, boatos, segregação, abandono, além de questões psíquicas inconscientes e do acometimento orgânico, estar com aids também é sofrer com preconceito, rotulações e exclusões sociais.

Em 1984, a equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, isolou e caracterizou um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) como o causador da aids, o vírus HIV, iniciando uma disputa severa entre cientistas franceses e americanos sobre o mérito da revelação (BRASIL, 2014).

Tal descoberta trouxe grandes avanços científicos, entre eles, que a confirmação do diagnóstico de HIV é baseada na presença de anticorpos contra o vírus no soro sanguíneo humano, havendo a disponibilização do teste Elisa – Enzima Imuno Ensaio – a partir de 1985. Cabe ressaltar que até então, pacientes eram diagnosticados por apresentarem sintomas comuns ao vírus, detectando-se tardiamente quando a aids já se fazia presente (BRASIL, 2014).

Neste ano de 1984, o Brasil já havia notificado 134 casos de HIV, distribuídos em 64 homossexuais, 7 heterossexuais e 11 usuários de drogas injetáveis. Rapidamente os números sofreram aumento: no ano seguinte (1985) foram notificados 553 casos, sendo 256 homossexuais, 28 heterossexuais, 38 de drogas injetáveis, 2 casos de transmissão vertical, isto é, *já haviam mulheres e crianças infectadas*, mas a transmissão vertical e a aids em mulheres ainda não recebiam a devida importância pela ciência epidemiológica (Grifo meu, POLISTCHUCK, 2010).

Apesar da concepção de “grupo de risco” ainda se manter presente, tendo repercussões no imaginário social até os dias atuais, a partir de 1984 uma nova concepção começa a se fazer presente e ser difundida nas campanhas de saúde, a concepção de “comportamento de risco”, tal como pretende se mostrar no item seguir.

1.3 A CONCEPÇÃO DE “COMPORTAMENTO DE RISCO”

No segundo período da epidemia, de 1985 e 1988, com o aumento de novos casos, confirma-se o caráter pandêmico da aids e o fracasso das estratégias de abstinência como medidas preventivas. Há então o início de novas recomendações em relação à prevenção contra a aids e a divulgação da importância dos preservativos.

No Brasil, em 1988, somam a notificação de 4.535 pessoas vivendo com aids, havendo o primeiro caso diagnosticado na população indígena, o que começa a romper com a ideia de que a aids é uma doença especificamente dos centros urbanos. Neste ano há a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Apenas neste momento, o uso de preservativo passa a ser visto pela Saúde Pública como importante estratégia de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a aids (BRASIL, 2014).

Esta nova medida preventiva traz como consequência o reconhecimento de que a concepção de “grupo de risco” produzia estigmatização e exclusão de grupos populacionais específicos ocorrendo, então, uma mudança conceitual que visava ampliar a preocupação com

a problemática e estimular o envolvimento ativo dos indivíduos com a prevenção. Passa-se a divulgar a concepção de “comportamento de risco” (AYRES, 1997a).

No entanto, o termo “comportamento de risco” também não estava livre de estigmas e de efeitos graves no imaginário popular. Determinar uma prática sexual como errada, de risco, passa a ter um caráter regulador, normativo, impondo medidas de restrições à sexualidade e uma ilusória crença de controle sobre o desejo. Além disso, como sustenta Polistchuck (2010), passa a culpabilizar comportamentos que falham na prevenção responsabilizando única e exclusivamente os comportamentos e ignorando fatores regionais, políticos, econômicos ou sócio-históricos que envolvem o adoecimento por aids.

Embora contribuindo para o imaginário social que envolve a aids e seus portadores até os dias atuais, a organização de saúde abandonou o conceito de “comportamento de risco”, desenvolvendo o conceito de vulnerabilidade, que irá avaliar o adoecimento de aids de forma mais global. É preciso conhecer as variáveis econômicas, geográficas, sociais, individuais, bem como os serviços ofertados. A vulnerabilidade passa a ser avaliada em três dimensões: individual, social e programática, que melhor serão explicadas no item que segue.

1.4 O CONCEITO DE “VULNERABILIDADE”

O terceiro momento da epidemia, correspondente ao período que vai de 1989 a 1999, é caracterizado por haver uma maior percepção dos limites das estratégias de mudança no comportamento, isto é, verifica-se que motivação e informação não garantem necessariamente uma mudança comportamental significativa. Além disso, houve um aumento sensível de casos em segmentos mais vulneráveis da sociedade - mulheres, jovens, pobres e negros (BACCHINI, 2009).

Assim, a epidemia de aids, a partir da década de 1990, sofreu mudanças significativas em seu cenário como: a *interiorização* (tendência de ocorrência de casos em municípios de médio e pequeno porte); a *pauperização* (aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade baixa e ocupações menos qualificadas); a *heterossexualização* (crescimento dos casos entre homens heterossexuais); a *feminização* (o aumento do número de mulheres infectadas) e o enegrecimento (aumento da aids em negros) (SIGNORI, 2008).

Quebrando com a noção de comportamento de risco, emerge o conceito de vulnerabilidade, o qual busca fornecer elementos para avaliar as diferentes chances que o indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por características individuais e sociais do seu cotidiano julgadas relevantes para sua maior exposição ou menor chance de

proteção (AYRES, 1996). Criada por Maan e colaboradores em 1992, passa a ser uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção de HIV, AIDS e é avaliada a partir de três esferas: individual (pessoal), social e programática (institucional).

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, dentre as diversas formas de contágio do vírus. Aspectos como o grau e qualidade de informação que se dispõe sobre o problema, da capacidade de elaborar informações e incorporar na vida cotidiana, bem como a possibilidade de transformar práticas, são somados às características individuais, contexto de vida e relações interpessoais que irão contribuir para a vulnerabilidade individual, que será única e exclusiva daquela pessoa (AYRES, 2003).

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais interdependentes em que o grau de escolaridade e a disponibilização de recursos materiais, isto é, acesso a bens de consumo, moradia e liberdade de pensamento e expressão, poderão influenciar decisões políticas e formas de enfrentamento de barreiras culturais (AYRES, 2003).

A vulnerabilidade programática se refere à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da aids, ou seja, o compromisso das autoridades – por meio de propostas, implantações, planejamento, financiamento, gerenciamento e monitoramento de ações – visem garantir programas de prevenção e cuidado, com fim de fortalecer o indivíduo e a sociedade (AYRES, 2003).

Portanto, nesta fase, há uma grande mudança no sentido de querer avaliar condições pessoais, sociais e institucionais da pessoa com aids. Tais mudanças nas abordagens terminológicas permitiram ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados. No entanto, essa alteração no olhar da sociedade não foi capaz de promover uma mudança efetiva do que se refere ao estigma associado à doença (MAIA, GUILHEM E FREITAS, 2007)

Quanto às políticas públicas no Brasil, em 1992, o Ministério da Saúde inclui os procedimentos para o tratamento da aids na tabela do SUS. Há também o início do credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids. Em 1996, o Brasil, pioneiro no tratamento de aids, cria lei que garante o acesso universal e gratuito das pessoas HIV⁺ aos antirretrovirais (BRASIL, 2010, p. 21). Anteriormente a esta lei, o acesso às medicações ocorria por medida judicial ou pelas condições financeiras do paciente, tornando-se inviável, indisponível ou tardio à maioria dos pacientes. Todavia, com a criação da Lei, o

Brasil torna-se modelo de referência mundial no tratamento dos pacientes (BRASIL, 2012a, p. 13).

Alguns autores como Granicha et al (2010) consideram que de 2000 até a presente data, devido a ampla disseminação de antiretrovirais, já ocorre uma nova fase da epidemia, aquela em que a aids poderia ser considerada uma doença crônica. Além disso, esta nova fase seria marcada por mudanças nas pesquisas sobre aids. Atualmente há maior ênfase nos aspectos socioculturais e afetivo, bem como há maior enfoque na reflexão sobre o viver com aids, os efeitos colaterais das medicações, o preconceito, etc.

Quanto a afirmação da aids como uma doença crônica, nesta pesquisa considera-se que esta perspectiva precisa ser crítica depois, apesar de em algumas regiões do Brasil haver controle e até diminuição de novos casos, a epidemia de aids se dá de forma distinta nas mais diversas regiões.

De acordo com Nascimento (2003), não existe uma epidemia uniforme, mas um conjunto de microepidemias regionais, sendo essa característica o reflexo do tamanho e da diversidade sociocultural do país. De acordo com os dados do Ministério Público (2012), por exemplo, a taxa de incidência desde 2008 continua com uma média de 20 pessoas por 100 habitantes. Entretanto, apesar das regiões sudeste (43,8%) e sul (19,2%) ainda concentrarem a maior parte de casos de aids, Norte e Nordeste, ao contrário do restante do país, apresentam aumento na taxa de incidência e de mortalidade.

Como nos refere Barreto (2013):

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.

Na região Norte, encontra-se defasagem nas unidades básicas de saúde, com escassez de campanhas preventivas e difícil acesso aos testes, acarretando na triste e macabra realidade do diagnóstico tardio, ou seja, muitos pacientes têm o conhecimento de sua condição já em internação hospitalar, apresentando, na maioria das vezes, quadro complicado de saúde, associado a graves doenças oportunistas. Portanto, no Norte, a realidade encontrada atualmente é de uma doença aguda e fatal, o que nos faz discordar da afirmativa de que no Brasil a aids é uma doença crônica.

1.5 AIDS E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: o macabro cenário da região norte

De acordo com o Programa de Prevenção da Aids das Nações Unidas (UNAIDS), em 2011, cerca de 34.000.000 de pessoas no mundo viviam com aids, sendo que 50% não sabiam ser portadoras do vírus e 1,7 milhões morreram em decorrência da doença (UNAIDS, 2012).

Desde sua descoberta, a epidemia da aids vem se apresentando como um “fenômeno global, contínuo, instável e dinâmico” que em pouco tempo transformou-se em um grave problema de saúde pública mundial, conforme Rodrigues e Perreault (2013, p. 1). Já na quarta década da epidemia, apesar dos avanços científicos, a aids ainda assombra por ser uma síndrome incurável e que facilita o desenvolvimento de perigosas doenças oportunistas.

O relatório publicado pela ONU em junho de 2014 afirma que entre 2005 e 2013 o Brasil registrou um aumento de 11% em infecções do HIV. O número de mortes no País em decorrência da doença aumentou 7%. O quadro epidemiológico na região Norte, em especial, no Pará, também é assombroso. Tal fato pode ser observado nas estatísticas da epidemia que aparecem nos boletins epidemiológicos, saltando os olhos em nível nacional.

O último boletim, publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde, nos permite realizar uma comparação em relação ao período que vai de 2002 a 2013 quanto ao coeficiente de mortalidade no Brasil. Verifica-se que houve diminuição em relação à maioria das regiões do país: o Sudeste apresentou diminuição de 8,2 para 5,6; a região Sul de 8,3 para 8,1 e a região Centro-Oeste de 4,5 para 4,1. Contudo, as regiões Norte e Nordeste apresentaram um caminho distinto do realizado pelo restante do país. No norte houve aumento de 3,5 para 7,0; enquanto no Nordeste de 2,8 para 4,4.

O Pará é o sétimo estado com maior número de novos casos e óbitos. E a região Norte, apesar de ter um coeficiente numérico menor que os demais estados, é a que mais apresenta crescimento no coeficiente de mortalidade, um aumento de 75% que pode ser observado em dados: em 2002, morreram 415 pessoas, em 2013, 1.128 – deste montante de 1.128 mortes, 598 ocorreram no Pará – 53% dos óbitos da região Norte, isto representa pouco mais da metade de toda a região (BRASIL, 2014).

Em relação ao número de novos casos e números de óbitos, Belém ocupa a quinta posição no *ranking* em relação às cidades do Brasil, enquanto Marituba ocupa a sexta posição. Contudo, se analisados apenas os números de óbito, Belém ocupa o segundo lugar. Em outras palavras, pode-se afirmar que Belém é, atualmente, a segunda cidade do Brasil onde mais se morre de aids (BRASIL, 2014).

Em 2012, o Pará ocupava a décima segunda posição entre os Estados e Belém, sua capital, a quinta, sendo a terceira em novos casos. Verifica-se, portanto, que houve uma grave mudança em dois anos. O Pará subiu cinco posições, passando a ser o sétimo estado, enquanto Belém passou a ser a segunda capital com maior índice de mortalidade.

A realidade paraense se depara com a presença do diagnóstico tardio, isto é, pessoas descobrindo o vírus após a manifestação da aids, quando o sistema imunológico está enfraquecido e, geralmente, associado a doenças consideradas graves. Isto aponta para a existência de vulnerabilidade programática, onde a ineficiência de políticas públicas influencia diretamente no adoecimento do indivíduo. Como nos refere Barreto (2013, p. 28):

[...] falhas na Rede Básica de Saúde, que deveria oferecer o teste rápido preventivamente, contribuem na 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.

A razão entre os sexos também vem diminuindo no Norte. Atualmente, encontra-se a proporção de uma mulher para quase dois homens infectados (1,7). Essa estatística é maior do que as dos grandes centros urbanos brasileiros, como a região Centro-Oeste, na qual a razão entre os sexos é de 2,7.

De acordo com o relatório de pesquisa “Relações de gênero, feminismo, sexualidade, vulnerabilidade e a feminização da epidemia do HIV-aids em Belém”, referente aos anos de 2013 e 2014, no cenário paraense não faltam medicamentos antiretrovirais, porém, há a falta de medicamentos para as doenças oportunistas e os básicos para febre, dor de cabeça, entre outros, que o Município e o Estado pactuaram distribuir e não o fazem com regularidade.

O Estado apresenta insuficiência de leitos nas redes públicas e conveniadas ao SUS. Conta-se apenas com 72 leitos hospitalares para pacientes de aids para uma população de 7 milhões de habitantes, o que reflete o descaso do Estado na oferta de serviços especializados aos usuários, bem como constatou-se a falta de transparência na prestação de contas do Município e do Estado relativas aos gastos realizados com os recursos financeiros para aids repassados pelo Ministério da Saúde.

A realidade macabra é apresentada em dados estatísticos, sendo uma constatação. A situação no Pará é grave. Com poucos leitos para internações hospitalares, falta de medicamentos básicos para as doenças oportunistas, diagnóstico tardio recorrente, de fato, as pessoas estão sendo negligenciadas.

Há, portanto, a necessidade do fortalecimento das unidades básicas de saúde, de campanhas de educação e prevenção sexual, para além de datas festivas, mas como uma constante. É preciso que o Estado e o Município olhem com mais atenção para a aids e reconheça sua responsabilidade no número de mortes que se alastra de forma cruel em nossa região.

CAPÍTULO II

2 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS

Elaborar um capítulo específico sobre a feminização da epidemia de aids, para além de uma decisão metodológica, foi um posicionamento político, justificado pela necessidade em focalizar e dar visibilidade para a relevância do tema que, a meu ver, merece profundidade e destaque como categoria de análise.

Durante o processo de pesquisa, verifiquei que grande parte dos artigos disponíveis apenas citava a feminização da epidemia ou a destacava como resultado de uma análise estatística. Poucos se detinham a realizar um estudo pormenorizado do fenómeno, tal como melhor fundamentarei no parágrafo abaixo.

Utilizando “feminização da epidemia da aids” como palavras-chave, a base de dados eletrônicos do Scielo me forneceu 11 artigos, o Portal do CAPS e o Lilacs – entre livros, dissertações, teses e artigos – trouxeram 28 referências cada. Considerando a existência de publicações comuns, contabilizaram-se, no geral, 35 textos distintos dos quais 2 pautavam sobre a feminização de outros fatores como, por exemplo, o tabagismo, 16 apenas citavam a existência da feminização por meio de dados estatísticos, 7 apontavam e analisavam de forma breve e pontual sem aprofundar a temática e apenas 10 pautavam sobre a feminização da aids, debatendo sobre aspectos variáveis como a dificuldade de negociação do uso de preservativo, dentre outros.

Este capítulo se propõe a auscultar questões referentes à feminização da epidemia de aids e realizar um breve panorama da síndrome como questão para as mulheres, dividindo-se em quatro subitens: o primeiro, intitulado “A aids: problema de mulher!”, se propõe a discorrer sobre a negligência dos estudos científicos em considerar a aids como fator de risco ao público feminino; o segundo, “Feminização no Brasil”, visa a pautar sobre a história da feminização no país a partir de dados do Ministério da Saúde; o terceiro, denominado “Políticas para Enfrentamento da feminização da aids”, traz um breve histórico sobre as estratégias de enfrentamento do fenómeno da feminização e, por fim, “Vulnerabilidade e gênero” que tem o objetivo de realizar uma análise sobre a diferença de gêneros no que tange a vulnerabilidade feminina.

2.1 A AIDS: problema de mulher!

A relação entre aids e mulher, ainda nos dias atuais, é problemática. Isso porque, embora existam evidências de que o curso do HIV em mulheres é distinto do que ocorre em homens, ainda são poucos os estudos sobre a história da aids em mulheres e poucas as ações eficazes de políticas públicas que contemplem – realidade que pode ser verificada na própria história da epidemia que evidenciou a disseminação do vírus no público feminino apenas uma década após a descoberta da doença – como melhor será descrito durante este trabalho.

Bastos e Coutinho (1999), no artigo “Tão longe, tão perto: as pesquisas de aids no Brasil”, utilizam o termo “Ciência da aids” e referem a impossibilidade de não considerar os fatores socioculturais e as questões de gênero como determinantes na história científica que envolve a doença.

De acordo com esses autores, são três os fatos na história científica que culminam na negligência da saúde das mulheres em relação à aids: 1) a própria definição da síndrome em mulheres; 2) as normas específicas que regulamentam a inserção de mulheres em ensaios clínicos e a relação dessa participação com o acesso a antirretrovirais; e 3) a disponibilidade da comunidade científica em desenvolver métodos de prevenção controlados por mulheres.

Além desses fatos, proponho-me a destacar um quarto fator, já apresentado por Moreira e Lima (2008), no artigo “Aids e a feminização: os contornos da sexualidade”: 4) a invisibilidade do termo “feminização” decorrente da não divulgação do fenômeno fora dos meios científicos e acadêmicos diante do pífio apoio das redes de comunicação.

Esses fatores trouxeram grande impacto para a saúde das mulheres, colocando-as por um grande período em exposição de risco, sem a possibilidade de cuidado e controle de seu corpo. Portanto, faz-se importante compreender tais processos, tal como se seguem os itens abaixo.

2.1.1 A definição da Síndrome em mulheres

No período entre 1981 e 1986, na área metropolitana de Nova York, o número de mortes de mulheres entre 15 e 44 anos por causas incomuns como pneumonia, tuberculose, septicemia e infecções parasitárias raras aumentou enormemente. No entanto, essas mortes ainda não eram tidas como decorrentes da aids, pois apenas testes realizados em um momento posterior confirmaram que ambas estavam relacionadas (COLLEGE OF PUBLIC AND COMMUNITY SERVICE, 1991 apud BERER, RAY, 1997).

O sub-registro desses casos também foi determinado por dois fatores centrais que permeiam a epidemia até os dias atuais: vergonha e medo da discriminação, pois, de acordo com o relato dos parentes das vítimas, diante da possibilidade de confirmar a presença do vírus, muitos optaram por desconhecer a causa do óbito, evitando maior sofrimento à família e, principalmente, preservando a imagem do membro familiar falecido (COLLEGE OF PUBLIC AND COMMUNITY SERVICE, 1991 apud BERER; RAY, 1997).

Porém, não foi apenas vergonha e medo da discriminação que culminaram para a não notificação da aids em mulheres. Em 1986, os pesquisadores dos Centros de Controle e Doenças (CDCs) localizados nos Estados Unidos da América, ao se depararem com casos que ainda consideravam obscuros, dentre os quais constataram um elevado contingente de mulheres, passaram a reclassificar tais casos como “outros”, não dando a atenção devida para o desenvolvimento de pesquisas que culminassem em tratamento e medidas preventivas (BARBOSA, 1995).

Pode-se pensar que não isolar e classificar a categoria mulheres trouxe, por um período, a obscuridade de informações, o que afetou dados estatísticos e os subsídios que eles fornecem, além de, conseqüentemente, causar a invisibilidade da vulnerabilidade às quais as mulheres estavam expostas, prejudicando estudos pertinentes que avaliassem as variáveis de exposição ao risco, políticas de prevenção e a autonomia da mulher no cuidado consigo.

Somente ao final da década de 1980 multiplicaram-se as pesquisas, ações de educação pública, de prevenção e projetos de tratamento enfocando a mulher, isso por que durante a segunda metade da década de 1980, a aids transformou-se na principal causa de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em muitas partes do mundo, como na África (BERER; RAY, 1997).

A escassez de estudos e de reconhecimento da possibilidade de contaminação feminina se confirma na condução da ciência no início da epidemia, pois a aids que alarmava a sociedade causando grande impacto e temor, como questão de mulher, só obteve reconhecimento oficial a partir de uma reunião com várias agências envolvidas, em novembro de 1989, em Paris. Não à toa em Paris, local em que a cidadania é conhecida e defendida pelas mulheres, e onde é defendida a ideia de que não importa a incidência em termos estatísticos, se há mulheres infectadas deve-se desenvolver políticas de enfrentamento de aids para as mulheres (BERER;RAY, 1997).

Em 1º de dezembro de 1990, no Dia Internacional de Luta contra a aids, houve um reconhecimento adequado e apenas a partir da 8º conferência internacional sobre aids,

realizada em julho de 1992, em Amsterdã, passou-se a ter maior atenção profissional sobre a temática (BERER; RAY, 1997).

A entrada das mulheres no cenário da aids é concomitante ao rompimento da difundida ideia de “grupo de risco”, noção que predominou no imaginário social, perdurando suas marcas até os dias atuais, tendo entre seus efeitos o fato de as próprias mulheres não se enxergarem incluídas, ou mesmo pertencentes a essa categoria, ficando alheias à possibilidade de sua própria infecção (BRASIL, 1995).

2.1.2 A inserção de mulheres em ensaios clínicos e o acesso aos antirretrovirais

Além do reconhecimento tardio da contaminação em mulheres, durante a década de 1980 e metade da década de 1990, houve um conflito em torno da inclusão da mulher nos ensaios clínicos com novas drogas de combate ao HIV, pois, em obediência à regulamentação emitida em 1977 pela FDA (*Food and Drug Administration* – órgão regulador norte-americano, pela dimensão da indústria farmacêutica e do mercado consumidos dos EUA), mulheres em idade fértil (as mais afetadas pela epidemia) eram excluídas dos estudos até que fosse demonstrada a não teratogenicidade desses produtos, ou seja, a impossibilidade de ocasionar lesão em fetos (BASTOS, 2000).

Essa não inclusão acabou por determinar um impacto substancial sobre a não disponibilidade de novos produtos para as mulheres, prejudicando o efetivo acesso de mulheres gravemente enfermas a produtos essenciais à sua sobrevivência (BASTOS, 2000).

Apenas em 1993 houve a adoção de novas regras “inclusivas” em relação às mulheres e, em parte, aos pacientes pediátricos. O maior sucesso na luta contra a aids, em termos de medicina e saúde pública, provém exatamente da inclusão de mulheres em protocolos clínicos antirretrovirais, diminuindo significativamente a transmissão em mulheres grávidas para os seus bebês, desde que submetidas ao tratamento adequado (BASTOS, 2000).

2.1.3 Os métodos de prevenção controlados por mulheres

De acordo com Bastos (2001), até muito recentemente, apenas os preservativos masculinos abarcavam as exigências de preservação em relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e de método contraceptivo.

Se anteriormente, com o avanço dos antibióticos e, finalmente, com o surgimento das pílulas anticoncepcionais, as mulheres vivenciaram uma possibilidade de autonomia e de

liberdade sexual, a aids interrompeu tal revolução ao afirmar que o cuidado agora deveria ser não só com a gravidez, tornando-se o preservativo indispensável.

Não haver outra possibilidade eficaz de prevenção contra a aids contribuiu significativamente para a vulnerabilidade feminina, pois a decisão da mulher em cuidar de seu corpo carece de um acordo entre o casal, já que, por se tratar de um preservativo para homens, a autorização do uso no corpo masculino se tornava imprescindível.

O primeiro preservativo feminino foi lançado em 1920, na Inglaterra. Todavia, o investimento em pesquisa e divulgação foi abandonado até 1987, quando uma equipe dinamarquesa de médicos coordenada por Lasse Hessel produziu uma nova versão, apostando neste método, por acreditar que sua colocação ficaria sob o controle das mulheres e eliminaria ou, ao menos, facilitaria a negociação com os parceiros (JAMES; WERJ, 1997; KALCKMANN, 2013).

Novamente essa versão não se expandiu ao público até que, em 1992, a companhia inglesa Chartex Internacional comprou seus direitos, investiu em pesquisas e lançou uma marca com o nome “Femidom” no Reino Unido, “Reality” nos Estados Unidos e “Femi” em outros países (JAMES; WERJ, 1997).

Seu impacto inicial, de acordo com pesquisas realizadas na Inglaterra, foi negativo, devido a custar três vezes mais que o preservativo masculino e também pelo seu impacto estético, pois, por ser disponibilizado em tamanho único (17 cm), em algumas mulheres o anel externo ficava frouxo na vulva, o que não foi considerado atraente do ponto de vista sexual, desestimulando seu uso (Idem).

Outra característica negativa apontada na pesquisa foi em relação ao fato de muitas mulheres desconhecerem seu próprio corpo, tendo pouca familiaridade em tocar seus órgãos genitais, o que trazia insegurança para colocar objetos em sua vagina e, assim, a recusa de sua utilização (Idem).

Entretanto, algumas vantagens em relação ao preservativo feminino também apareceram na pesquisa, como o fato da sua utilização não depender da ereção masculina, podendo o dispositivo ser inserido anteriormente à relação sexual, bem como o fato de não haver necessidade em retirar o pênis logo após a ejaculação (Idem).

Ressalta-se que tais vantagens trazem grandes contribuições para a autonomia da mulher, já que não há a necessidade haver a autorização do homem para o seu manuseio, seja para a inserção do produto, que pode ser inserido com seis horas de antecedência, como para sua retirada.

No Brasil, o preservativo feminino (Reality, versão FC1) passou a ser comercializado em dezembro de 1997, contudo inicialmente seu uso restringiu-se a estudos para avaliar a aceitabilidade entre as mulheres e, somente após aprovação, o Programa Nacional de DST/aids decidiu investir em sua dispensação (KALCKMANN, 2013).

O preservativo chamado Reality, que perdurou no Brasil até 2009, era composta de um tubo de poliuretano fino, cerca de 0,042-0,053 mm de espessura, resistente, transparente e pré-lubrificado, com cerca de 17 cm de comprimento e 7,8 cm de largura. Combinando as características do diafragma feminino e da camisinha masculina, era distribuída em dois anéis flexíveis, também de poliuretano. Um deles fica solto dentro do tubo e serve para ajudar na colocação e fixação do preservativo junto ao colo do útero (KALCKMANN, 2013; JAMES; WERJ, 1997).

Ao final de 2009, esse preservativo deixou de ser fabricado e foi substituído pelo modelo FC2, produzido com látex sintético (borracha nitrílica), com desenho similar ao FC1. Esse modelo tem uma produção mais barata, podendo ter custo menor do que o FC1, e foi aprovado para comercialização nos EUA em 2009, quando também passou a ser comercializado no Brasil (KALCKMANN, 2013).

O Brasil, a partir de 2000, passou a incorporar a camisinha feminina aos serviços de saúde, todavia, em poucos serviços selecionados, a maioria relacionados ao Programa de aids. Assim, sem campanhas de divulgação e marketing, manteve-se a baixa comercialização e, em alguns momentos, houve a interrupção de sua disponibilidade – fatores que mantiveram seu uso limitado (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010).

Além disso, Bastos (2000) ainda atenta para outro fator que envolve o uso de preservativos femininos no Brasil: a crescente taxa de esterilização, principalmente em mulheres mais pobres e mais jovens. Segundo esse autor, há uma disjunção entre práticas anticoncepcionais e de prevenção. Assim, a esterilização acaba subtraindo um elemento importante de motivação no uso da camisinha, a anticoncepção.

Em 2013 o Ministério da Saúde do Brasil realizou uma grande compra de preservativo feminino e retomou a sua disponibilização no Sistema Único de Saúde (SUS), contudo este ainda ocorre de maneira desproporcional em relação ao preservativo masculino e sem estratégias de divulgação, mantendo-o então na invisibilidade, isto é, pouco conhecido por mulheres em relação ao seu uso, seu acesso e seus benefícios (KALCKMANN, 2013).

Dessa forma, o uso do preservativo masculino continua sendo, para muitas mulheres, a única possibilidade de prevenção contra aids, contribuindo para a manutenção da vulnerabilidade feminina.

A “camisinha feminina” é o único método disponível contra o HIV, controlado pela mulher, que contribui para sua autonomia em relação ao seu corpo e saúde. Dessa maneira, faz-se urgente a elaboração de estratégias que visem à sua consolidação nas práticas sexuais.

2.1.4 A invisibilidade do termo “feminização”

Mesmo com os avanços científicos, verifica-se que ainda há questões atuais que mantêm a aids em relação às mulheres na marginalidade, como o desconhecimento do fenômeno da “feminização”, pouco difundido nos meios de comunicação e nas Unidades Básicas de Saúde, que contribui para a vulnerabilidade feminina diante da exposição de risco.

A expressão “feminização” foi postulada teoricamente pela vigilância epidemiológica a partir de 1990, entretanto, diferentemente de outros termos que nasceram no campo científico, não se tornou um termo popular por meio da circulação de informações midiáticas, permanecendo obscuro e desconhecido ao público em geral (MOREIRA; LIMA, 2008).

Ao permanecer circunscrito ao campo científico político-institucional das organizações governamentais e não governamentais, a feminização da epidemia da aids se tornou um problema pouco difundido fora dos meios acadêmicos e científicos, desconhecido entre as próprias mulheres, o que implica na desinformação da população feminina e contribuiu negativamente para disseminação de práticas preventivas e debates de empoderamento da mulher. Como afirmam Moreira e Lima (2008, p. 115),

A veiculação da ideia da feminização da aids poderia torná-la uma conquista da cultura, se, a serviço da qualidade de vida das populações, fosse acessível ao público em geral, ao mesmo tempo que indicasse novas possibilidades de compreensão do problema. Ao alcançar mídia e massas, teriam grande serviço a prestar ao debate público, problematizando vulnerabilidade das mulheres e a infecção do HIV.

Estando a saúde das mulheres negligenciada por cientistas e pesquisadores historicamente – no reconhecimento da pandemia, nos testes de medicamentos, na ineficaz distribuição de preservativos femininos e na apropriação da mídia sobre o tema – faz-se interessante, a fim de aproximar-se da realidade brasileira, entender como ocorreu a feminização da aids no Brasil, seu reconhecimento pelo Estado e quais as estratégias governamentais para lidar com o problema.

2.2 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

No ano de 1984, início da epidemia no Brasil, a maioria dos casos notificados (71%) era referente a homossexuais e bissexuais masculinos, como afirmam Brito, Castilho e Szwarcwald (2000). Considerava-se que o Brasil se enquadrava nos moldes ocidentais, uma vez que apenas na África sub-sahariana a aids atingia duramente as mulheres.

Após a disseminação inicial no sexo masculino, os anos seguintes foram marcados por uma estabilização, em especial entre aqueles homens pertencentes às camadas médias urbanas, em meio aos quais se verificou relevante mobilização social e mudança de comportamentos no sentido de práticas sexuais mais seguras, diante do pavor que a aids alastrava (PARKER, 1994).

Entretanto, enquanto os homens constituíram-se enquanto segmento populacional específico a ser objeto de estratégias de prevenção, populações de recorte menos definido e menor visibilidade passaram a ter notificações de casos de aids, evidenciando-se os casos de transmissão heterossexual, como nos relatam Szwarcwald et al (2000).

Nesse contexto, a mulher, fora dessa categoria, revestia-se de uma proteção ilusória que apenas favoreceu o aumento de sua vulnerabilidade frente à infecção. Em geral, mulheres pobres, com grau de escolaridade pouco expressivo, foram sendo contaminadas, vítimas de um pensamento hegemônico de invulnerabilidade feminina, reforçada pelo contexto da heterossexualidade e monogamia em que estavam inseridas (NASCIMENTO, 2003).

Em pesquisa realizada pelo Ministério da saúde, no período de 1991 a 2000, com o fim de analisar o perfil epidemiológico a partir dos casos notificados, encontraram-se novos fatores que se diferenciavam da primeira fase da epidemia. Se em um primeiro momento a aids se restringia ao sexo masculino, moradores de grandes centros urbanos e de alto poder aquisitivo, encontrou-se, como novo resultado, a interiorização e a ocorrência de casos de infecção por HIV/aids na população de baixa escolaridade e de baixo poder aquisitivo financeiro, assim como se evidenciou outro dado alarmante: a feminização da epidemia.

Sem poder ignorar a média de 81 casos registrados por mês, os Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde passaram a figurar de forma significativa o aumento dos casos de infecção em mulheres, reconhecendo a feminização da epidemia como um problema de saúde pública. Assim, o tempo se encarregou de evidenciar o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira, ao aparecer uma participação proporcional cada vez maior de mulheres entre os novos casos de aids (SHIAVO; TRINDADE, 2001; BASTOS, 2001).

Em 1999, a UNAID já chamava atenção para a feminização do vírus, expondo que 40% das novas infecções no mundo atingiam mulheres. Enquanto em 1990, a mortalidade de aids era duas vezes maior em homens do que entre mulheres, em 1995 o impacto sobre a mortalidade já se tornara similar, representando para ambos os sexos mais de um quinto do total de mortes na faixa etária entre 25 e 34 anos, em São Paulo (BASTOS, 2001).

Nos dados do Boletim Epidemiológico de Aids, versão preliminar no ano de 2012, divulgado pelo Ministério da Saúde, no Brasil foram notificados 656.701 casos de aids acumulados de 1980 a junho de 2012 como 426.459 no sexo masculino e 230.161 no sexo feminino. Entretanto, apesar de o número ser maior no sexo masculino, verificou-se o fenômeno da feminização devido à diminuição nas razões entre os sexos.

Em relação à razão entre os sexos, no Brasil vem diminuindo ao longo da história passando, no ano de 1989, de 15 homens para cada 1 mulher (15, 1:1) para 17 homens para cada 10 mulheres (1,7:1), em 2005, dado semelhante até o período atual. Outra forma de perceber a feminização da epidemia é por meio dos dados referentes à mortalidade associada à aids: se em 1990 houve o óbito de 750 mulheres, em 2011 verificou-se um significativo aumento: 4.172. Em 2012, 4.148 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2012).

Dados do Ministério da Saúde (2012) informam que na faixa etária entre 13 e 19 anos, a epidemia da aids já é maior em mulheres, fato que ocorre desde 1998, o que se deve ao início precoce da vida sexual das meninas, em grande parte diante de casos com homens com maior experiência sexual e mais expostos a doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, como nos refere Rodrigues e Perreault (2013), deve-se considerar que para um caso de aids ser notificado, presume-se que a contaminação por relação sexual ocorreu quando as meninas tinham entre 10 e 14 anos.

A taxa de detecção dos últimos dez anos, segundo a faixa etária entre as mulheres, apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas de 15 a 19 anos (10,5%), 55 a 59 anos (24,8%) e 60 anos ou mais (40,4%) de 2004 para 2013. Estes dados destacam o aumento da incidência de contaminação entre jovens e idosas. A redução ocorreu entre a faixa etária de 20 a 44 anos, contudo, na região sul e sudeste do país as mulheres com faixa etária entre 30 e 39 anos tem a aids como principal fator de morte, sobrepondo-se as demais doenças.

A aids chegou aos lares e passou, cada vez mais, a infectar mulheres independentemente de seu estado civil. Dessa forma, é correto afirmar que cada vez mais encontram-se mulheres casadas, namoradas, viúvas, adolescentes, jovens, idosas descobrindo-se portadoras de HIV. É importante ressaltar, tal como refere Takette (2009), que os contextos sociais em que vivem essas mulheres podem potencializar suas vulnerabilidades, destacando a

violência baseada em gênero, em que a mulher não detém a posse de seu corpo; a violência do racismo; a pobreza, a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

2.3 POLÍTICAS PARA ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA AIDS

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco político institucional e jurídico que consagrou o preceito da igualdade entre homens e mulheres, em que a atuação do movimento feminista e de mulheres, conhecido como “lobby do batom”, teve essencial importância para a tentativa de quebrar com os princípios de uma sociedade patriarcal e patrimonialista (BRASIL, 2010a).

Após 25 anos, em 2003, criou-se a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SPM/PR), com a finalidade de assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, e elaborar um planejamento de gênero que contribuísse na ação do Governo Federal e demais esferas, com vistas à promoção da igualdade, tendo essa secretaria um importante papel de articular as políticas do Governo Federal voltadas para as mulheres (BRASIL, 2010a).

Em 2004 e 2007, o Governo Federal e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) convocaram e realizaram a I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, de que resultou o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, em 2007. De acordo com as diretrizes deste plano, sua iniciativa:

foi uma proposta de ação intersetorial com o objetivo de reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade – articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico (BRASIL, 2010c, p. 5).

Um dos objetivos específicos desse plano está em promover a qualidade de vida em mulheres com HIV/aids, reconhecendo e destacando variáveis de desigualdade de gênero, entre elas, a inexistência ou insuficiência de políticas públicas e serviços de saúde que efetivem os direitos das mulheres e a escassez ao acesso à educação.

Além disso, outras variáveis de desigualdade de gênero também são destacadas, como a persistência dos sistemas de saúde em tratar a saúde da mulher como foco meramente reprodutivo, a persistência de padrões religiosos que interferem negativamente na adoção de

medidas preventivas, como o uso de preservativo, a menor empregabilidade, a violência sexual e doméstica.

De fato, reconhecer a vulnerabilidade feminina a partir das desigualdades de gênero e de padrões culturais, como os religiosos, e elaborar estratégias que alcancem essas mulheres pode ser considerado um avanço. Cabe, então, verificarmos a aplicabilidade das ações propostas e seus resultados.

2.3.1 Revisão de 2009: exclusão das mulheres casadas

Na revisão de 2009 do “Plano de Enfrentamento à feminização da epidemia: superação dos contextos de vulnerabilidade” observa-se que o foco das agendas afirmativas encontrava-se entre mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com aids, prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com Mulheres (MSM), excluindo-se assim um público feminino considerado de grande vulnerabilidade: as adolescentes e as mulheres casadas, não contaminadas pelo vírus.

Novamente há um avanço ao incluir estratégias específicas para grupos minoritários e, muitas vezes, marginalizados, todavia, não criar estratégias exclusivas e direcionadas para os demais públicos, como as mulheres casadas (que não tem aids), também pode ser um agravante, pois acreditar que as ações gerais para o público feminino são o suficiente para trabalhar aspectos da sexualidade e prevenir contra aids é uma atitude ingênua, quando não, criminosa, pois mantém uma parcela destas mulheres aquém do acesso a informações e políticas que as alcancem (BRASIL, 2010).

Os dados atuais mostram que o número crescente do vírus espalha-se, principalmente, entre adolescentes de 13 a 19 anos e mulheres casadas. 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). Tal fato já é um indicativo de que as estratégias utilizadas até então são ineficazes e precisam ser reavaliadas.

Como apresentado anteriormente, segundo o último Boletim Epidemiológico, publicado em 2014, houve grande aumento entre as mulheres acima de 50 anos: 55 a 59 anos (24,8%) e 60 anos ou mais (40,4%), no período entre 2004 e 2013. Portanto, verifica-se a necessidade da ampliação de estratégias para mulheres idosas.

2.3.2 Monitoramento em 2010

Na análise de monitoramento realizada em 2010, verificou-se que pelo menos seis estados não conseguiram sequer iniciar ações do plano e três ainda estavam em fase inicial. Esse documento afirmou que a maioria das ações estava direcionada na atenção básica das mulheres e no fortalecimento das Redes de Atenção às Mulheres que sofrem violência, não havendo, então, trabalhos que abrangessem os grupos focalizados pelo Plano de Enfrentamento da Feminização (2010, p. 12).

As ações para as mulheres vivendo com HIV/aids são insuficientes em volume e abrangência. Há serviços especializados em HIV/aids que ainda não contam com ginecologistas. Nas unidades de atenção básica, por causa do volume de atendimento e a rotinização de algumas atividades, como atenção à gravidez, parto, puerpério, contracepção e realização de Papanicolau, existe uma aparente resistência na incorporação de tecnologias novas, como o aconselhamento e a abordagem da sexualidade, ao lado da persistência de mitos e preconceitos relativos à epidemia e seus portadores. Isso torna difícil o atendimento das mulheres vivendo com HIV/aids, o que requer maiores esforços de integração técnica e programática.

Apesar do relatório de monitoramento de 2010 já apontar que as ações estão destinadas tanto às mulheres de forma geral, como às mulheres vivendo com aids e às mulheres vítimas de violência, reconhecendo o volume menor de ações para profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres e transexuais, questiona-se a qualidade e eficácia das ações preventivas, uma vez que não há aconselhamento e campanhas preventivas sistemáticas para as mulheres em geral.

As ações de saúde voltadas para as mulheres se limitam ao exame Papanicolau e ao teste e acompanhamento no pré-natal, quando muito as campanhas relacionadas à aids são direcionadas a datas festivas ou especificamente para as profissionais do sexo, em áreas de maior vulnerabilidade social. Dessa forma, a maioria das mulheres se encontra aquém de políticas preventivas eficazes, visto que só terão acesso ao teste durante a gravidez.

Estudiosas na temática – Brasil (1995) e Barbosa (1995) – afirmam a necessidade de haver maior visibilidade aos componentes que envolvem a sexualidade feminina e ao lugar que o sexo ocupa nas relações e na vida das mulheres, pois somente diante do conhecimento dos fatores que os envolvem pode-se pensar em estratégias eficazes de prevenção.

Essas autoras consideram que em uma cultura como a brasileira, em que representações de sexo e sexualidade sempre foram determinadas em função da cultura sexual masculina, as estratégias de prevenção e o modelo de sexo seguro se tornam problemáticos para as mulheres, haja vista a tendência em excluí-las.

O advento das pílulas anticoncepcionais, por exemplo, ao mesmo tempo em que contribuiu para a independência feminina no que diz respeito às decisões quanto à fertilidade – conquista importante pela ampliação dos direitos reprodutivos e contra a luta do controle autoritário masculino – também culminou, principalmente em homens jovens, em uma renúncia masculina às responsabilidades sexuais (BRASIL, 1995).

São poucos os estudos sobre a percepção e atitudes preventivas frente à aids em homens e mulheres em relacionamentos heterossexuais estáveis e sua interface com moralidades relacionadas ao casamento e papéis assumidos pelos parceiros. Todavia, como nos refere Maia, Guilhem e Freitas (2007), os dados epidemiológicos comprovam a necessidade de uma abordagem urgente que alcance esta população.

Sabendo-se que há pouco diálogo sobre planejamento familiar e sexo seguro, a mulher se vê diante do dilema de solicitar o uso do preservativo, havendo inibição feminina diante do medo de julgamento e até mesmo da violência física. A falta de abordagem sobre sexualidade nas Unidades Básicas de Saúde, as pífias campanhas preventivas que se restringem a datas comemorativas e festivas e que ignoram a aids como assunto de família contribuem para que o vírus HIV continue sendo enxergado como um agente externo, do outro, assim como contribuem para a manutenção de práticas inseguras e, conseqüentemente, para a subordinação feminina.

Além disso, ao tentar normatizar a sexualidade, despreza-se o motor principal da sua realização: os desejos e a subjetividade humana. Talvez o maior desafio posto seja esse: dar voz à subjetividade feminina e, assim, oferecer estratégias que alcancem suas realidades ou se aproximem delas, mesmo sabendo que sempre haverá o furo, pois o sexual não é da ordem do racional.

Para tal é preciso que o Governo garanta o básico: oferta de teste gratuito, rápido, de fácil acesso e sigiloso; campanhas que divulguem o fenômeno da feminização e distribuição do preservativo feminino – método pouco divulgado, de difícil acesso e de maior custo financeiro em relação ao masculino.

2.4 VULNERABILIDADE E GÊNERO

Como já visto no capítulo anterior, o conceito de vulnerabilidade surgiu no início da década de 1990, devido à necessidade de encontrar estratégias para o enfrentamento da aids, e representa um conjunto de aspectos individuais e coletivos que irão se relacionar com o modo de exposição a uma determinada situação.

De acordo com Rodrigues e Perreault (2013), a questão de gênero é determinante no tocante à vulnerabilidade feminina, visto que, historicamente, a mulher sempre incorporou um papel de submissão e a ideia de passividade na relação heterossexual. Tal fato também é apontado pelo Plano de Enfrentamento à Feminização, que evidencia as relações desiguais de gênero e as disparidades socioeconômicas como fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia:

A análise dos diferentes contextos mostra que as atribuições de poder desiguais entre homens e mulheres influenciam no acesso aos recursos reprodutivos e na autonomia de tomada de decisões, incluindo decisões sexuais e reprodutivas. Historicamente, tais diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam (BRASILb, 2009, p. 24).

Maia, Guilhem e Freitas (2007), em seu estudo “Vulnerabilidade ao HIV de pessoas heterossexuais casadas ou união estável”, referem que a posição econômica e social da mulher e a dificuldade em negociar o preservativo e debater sobre fidelidade apareceram nos relatos das mulheres que demonstraram sensação de impotência e expressaram uma concepção fatalista da doença, em que nada poderia ser feito.

Dessa forma, esse item irá, inicialmente, realizar uma breve conceituação de gênero, contextualizando-o com a desigualdade no Brasil, posteriormente irá desdobrar sobre a influência do discurso da medicina sobre o corpo da mulher, bem como irá versar sobre o fator de risco que envolve as mulheres trabalhadoras do sexo e o ideal de fidelidade amorosa.

2.4.1 Uma breve conceituação de gênero

*Eu preciso e quero ter carinho
Liberdade, respeito
Chega de opressão! Quero viver a minha vida em paz...*
(RUSSO, 1993)

Por muito tempo as mulheres foram excluídas das narrativas históricas. A utilização da palavra “gênero” é tributária de movimentos sociais de mulheres, feministas, gays e lésbicas, em uma trajetória de luta por direitos civis, direitos humanos, igualdade e respeito, conforme nos refere Pedro (2005).

Regina Barbosa, brasileira e feminista, é uma importante pesquisadora nas temáticas que envolvem aids, sexualidade, gênero, saúde reprodutiva e políticas públicas. Para ela, gênero é a concepção que postula a construção social e histórica das relações entre os sexos. É uma categoria de análise amplamente aceita e se contrapõe à compreensão biologicista, que

explica o papel da inferioridade social da mulher em função de seu papel na reprodução biológica. Indo contra o princípio de que características pessoais e os papéis sociais são intrínsecos a mulher e ao homem, a categoria de gênero parte da ideia de que nada é natural, tudo é produzido social e historicamente, a partir de práticas sociais e políticas (BARBOSA, 1995).

O primeiro momento do feminismo teria se desenvolvido no final do século XIX e estava centrado na reivindicação dos direitos políticos, sociais e econômicos. As mulheres lutavam pelo direito ao voto, ao trabalho remunerado, ao estudo, a propriedade e a herança. O segundo momento data o final da Segunda Guerra Mundial, em que a luta pelo direito ao corpo, prazer e contra o patriarcado se fizeram presentes. O patriarcado era percebido como o poder dos homens sobre as mulheres que se subordinavam a ele. É a partir deste momento que os movimentos de mulheres passaram a ganhar visibilidade nos anos de 1960, nos Estados Unidos, e na França, onde o trabalho de Simone de Beauvoir, com o livro “O segundo sexo”, também repercutiu no ressurgimento do movimento feminista francês que havia sido silenciado após a Revolução Francesa (PEDRO, 2005).

O campo de estudos de gênero se desenvolveu no Brasil no início da década de 1980 como consequência do fortalecimento do movimento feminista nacional e internacional, trazendo como avanço o aumento de produções acadêmicas no mundo. A partir da década de 1980, o Brasil assumiu a perspectiva internacional, em que não se discute mais “a mulher”, mas relações de gênero; nesta concepção teórica, há a rejeição do determinismo biológico implícito nos termos “sexo” e “diferença sexual”, passando a considerar que mulheres e homens são definidos em termos recíprocos, não podendo compreendê-los por meio de um estudo inteiramente separado (MÉLLO, 2012).

Divergindo então de uma perspectiva essencialista e universal, “gênero” passa a ser compreendido como uma construção social, isto é, um sistema de significados que se constrói e se organiza nas interações, portanto, não sendo um atributo individual, existindo nas relações sociais (BENTO, 2006).

Desta forma, o movimento feminista avança ao questionar a essência biológica marcada nos corpos, o binarismo (masculino oposto ao feminino), a maternidade como condição natural de mulher, a virilidade masculina, etc. Neste sentido, Judith Butler tem sido referência nos novos debates e configurações contemporâneas, ao considerar que gênero é também resultado cultural da organização social, pautado em uma matriz heterossexual.

Na leitura de Méllo (2012), Butler irá considerar que gênero se expressa por meio do corpo pela repetição de um estilo que é suposto como sendo fundado na natureza da espécie.

O corpo passa a ser um depositário de uma identidade, que pode ser mutante, sendo também o espaço de produção da subjetividade, algumas vezes, subversivas.

2.4.2 Algumas considerações sobre as relações de gênero no Brasil

O tratamento desigual entre homens e mulheres, tal como o preconceito racial, é uma realidade velada no Brasil. Tal fato pode ser exemplificado por dados fornecidos pela Síntese de Indicadores Sociais de pesquisa realizada pelo IBGE (2002), que considera que o traço mais marcante da sociedade brasileira é a desigualdade, pois mesmo verificando melhora generalizada, sobretudo na saúde, educação e condições de domicílio, a desigualdade ainda é grande: mulheres ganham menos que os homens em todos os estados brasileiros e em todos os níveis de escolaridade, além de se aposentarem em menor proporção e de haver mais mulheres idosas que não recebem aposentadoria, nem pensão.

Mas não é apenas em relação à condição socioeconômica que as mulheres se tornam desfavorecidas. Outro aspecto alarmante também demonstra a séria desigualdade de gênero no Brasil e seus efeitos catastróficos. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2013), a violência por conflito de gênero, entre 2009 e 2011 culminou no feminicídio de quase 17.000 mulheres. Dentre os dez estados mais perigosos para as mulheres, estão: Espírito Santos, Bahia, Alagoas, Roraima, Pernambuco, Goiás, Rondônia, Paraíba, Mato Grosso e Pará, sendo este último, o décimo estado mais perigoso para mulheres no Brasil.

Esse fato pode ser observado em crimes atuais, como a exposição de fotos e vídeos que expõem a sexualidade de mulheres sem sua devida autorização. Nesses casos, os algozes não são sequer citados ou vítimas de críticas, estando apenas à figura da mulher sofrendo preconceito, inclusive, por outras mulheres. Obrigadas a largar o emprego, a se esconderem e expostas em todo um país, essas mulheres são julgadas, segregadas e estigmatizadas pelos restos de seus dias.

Não é objetivo deste trabalho discorrer sobre tal tipo de violência, mas acredito ser pertinente sua colocação para exemplificar e enfatizar a predominância de discurso e ações machistas, em que as mulheres ainda sofrem discriminação pela vivência de sua sexualidade, ao ponto de sofrer violência pública da exposição do seu corpo e sua intimidade, tal como tem ocorrido com frequência desde 2014, sendo noticiado pela imprensa com pelo menos o registro de um caso de suicídio.

Mesmo conquistando o mercado de trabalho, ainda que com desigualdades salariais e de reconhecimento profissional, encontra-se, claramente, um discurso social entre homens e mulheres sobre a mulher, em que a forma de vivência de sua sexualidade é o motor principal para caracterizá-la e, assim, respeitá-la ou não: ainda há a dicotomia da mulher pura, habilitada para o matrimônio, autorizada a ter uma família e a mulher que serve apenas a diversão, para o prazer sexual. É inegável que aspectos relacionados a desigualdade de gênero contribuem para uma realidade cultural que permeia as famílias e a sociedade como um todo, contribuindo para a vulnerabilidade feminina.

A violência material e simbólica no que diz respeito à mulher e ao comportamento sexual de homens e mulheres, a assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las e a ausência de canais pelos quais manifestar queixas e resolver pendências – pelo diálogo ou via legal – faz com que seja mais difícil para as mulheres ter acesso a informações adequadas sobre seu corpo, modificar hábitos de exposição ao risco e mantê-los nas interações cotidianas (BASTOS, 2000, p. 13).

2.4.3 Gênero e Medicina

A relação entre a mulher e a medicina é um exemplo de como a cultura, a história e a ciência contribuem para estigmas sociais que envolvem a figura feminina, pois atuais práticas de desigualdade também estariam assoladas a partir do discurso biomédico construído em relação ao corpo das mulheres (BARBOSA, 1995).

De acordo com essa autora, a medicina, entre os séculos XIX e XX, passou a considerar os corpos femininos como um objeto de controle rigoroso devido à função reprodutiva, realizando uma leitura sobre o corpo da mulher – a “mulher boa” e a “mulher má” – que passou a contribuir significativamente para sua submissão.

Em outras palavras, o discurso da medicina, tal como foi construído, contribuiu para uma visão ambígua e dividida da mulher que a mantém excluída de políticas preventivas eficazes e contribuiu para a rotulação de papéis discriminatórios diante da vivência de sua sexualidade.

Assim, a mulher tem sido representada pelo sistema médico ora como prostituta, ora como procriadora – o que nos faz afirmar que as demais mulheres não são reconhecidas como sexualmente ativas e não recebem a devida importância. Em outras palavras, as moças sensuais, logo, más, são aquelas que estão sob risco iminente, enquanto as moças boas, “de família”, são associadas à procriação, sendo apenas relacionadas à possibilidade da aids

durante o período da gravidez, no tratamento pré-natal. Assim, como afirma Barbosa (1995, p. 71),

as mulheres em idade reprodutiva são as mais negligenciadas pelos programas, apesar de serem relativamente informadas sobre sexualidade e planejamento familiar, talvez até mais capazes de fazer escolhas maduras sobre seus comportamentos sexuais [...], não são identificadas como risco para aids, apenas quando grávidas são confrontadas com seus riscos potenciais de se infectar.

Essa visão ambígua, em que as mulheres representam em um momento preocupação pelo ser que estar por vir e, em outro momento, uma ameaça social, traz sérias implicações à saúde da mulher, pois o que se verifica é que a maioria dos programas é voltada para a maternidade e reprodução e que as campanhas preventivas de aids se restringem às profissionais do sexo, especialmente em datas festivas, como o carnaval.

A ideia de pureza, em que o desejo sexual da mulher, frequentemente não é seu e sim o desejo de que o homem a deseje, bem como a estratégia do silêncio da sexualidade feminina, configura-se como forma de controle da mulher, colocando-a em papel de ingênua e de desconhecimento de seu próprio corpo (BARBOSA, 1995).

Assim, verifica-se que as mulheres autorizadas a transar e a engravidar, pelos seus próprios familiares, são aquelas que estão em relacionamentos estáveis e casadas. Não se enxerga uma mulher solteira, e que também não seja uma prostituta, como uma candidata a portadora de aids.

Um imaginário de que essa mulher está protegida de uma possível doença transmissível ocorre justamente por uma questão cultural em que não se associa a mulher ao sexo. Nem mesmo quando a mulher estabelece uma relação fixa e estável, ela aparece como vulnerável ao risco, afinal o casamento parece ser uma proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, pois é visto como monogâmico e aceito pela sociedade, quando, enfim, a mulher está permitida a fazer sexo com um único companheiro, seu marido. Além disso, espera-se que a mulher possa estabelecer família e oferecer filhos, o que elimina, caso não obtenha orientações e ações prudentes, a possibilidade de prevenção.

2.4.4 Aids: doença de prostituta?

*Ela é feita pra apanhar,
Ela é boa de cuspir
Ela dá pra qualquer um, maldita Geni!*
(HOLANDA, 1978)

É no contexto de controle dos corpos femininos e da divisão entre a mulher que virá a dar à luz a um ser e a mulher causadora de um fator de risco que as profissionais do sexo aparecem, então, como agentes de propagação de doenças sexualmente transmissíveis, verdadeiras ameaças à humanidade, vistas como representantes do reservatório do vírus HIV.

Todavia, tal concepção é uma distorção séria no entendimento de como a epidemia afeta as mulheres. De acordo com Berer e Ray (1997), já há 17 anos, no México, somente 0,8% de casos relatados de aids estavam entre as trabalhadoras do sexo, enquanto 9% entre donas de casa. No Senegal, por exemplo, 50% das soropositivas no setor de um hospital para doenças infectocontagiosas não tinham outro fator exceto ser casada. Além disso, essas autoras trazem outros dados interessantes: o primeiro caso de aids registrado na Nigéria foi de uma menina de 13 anos e a primeira mulher diagnosticada com aids no México foi de uma dona de casa de 52 anos.

Considerar que aids é doença de mulher promíscua contribui para a discriminação da mulher como ser sexualmente ativo e é construído historicamente. Os primeiros cartazes sobre aids avisavam aos homens para terem cuidado com “aquelas mulheres”, como também era feito em relação a sífilis e gonorréia durante a segunda guerra mundial (BERER; RAY, 1997).



Fonte: BERER; RAY, 1997.

Conforme pode ser observado na figura acima, o cartaz americano da segunda guerra mundial culpa explicitamente a mulher. Publicado pela “*National Library of Medicine*”, nos Estados Unidos da América, ele informa: “Ela parece sadia, mas... garotas de programa,

prostitutas espalham gonorréia e sífilis”. Em Londres, no mesmo período, o “*Panos Pictures*” publica “O que você vê não é o que você pega (referindo-se a uma mulher prostituta). AIDS MATA”.

Culpar as trabalhadoras sexuais, afirmam Berer e Ray (1997), incentiva a culpa, o estigma e a discriminação contra todas as mulheres, além de permitir que os homens que contaminam as trabalhadoras do sexo e suas próprias esposas neguem que estão transmitindo o vírus, como também se elimina a possibilidade de esposas estarem transmitindo aids aos seus maridos que, por sua vez, podem contaminar as prostitutas.

Os estudos em trabalhadoras sexuais pouco se propõem a analisar a origem de sua contaminação, isto é, se a ocorrência advém de clientes, parceiros amorosos, drogas injetáveis ou transfusão sanguínea. O que já se sabe é que muitas prostitutas preservam-se nas relações com clientes, porém não o fazem quando realizam ato sexual com seu companheiro amoroso (BERER; RAY, 1997).

Estudo realizado pela antropóloga Denise Martin (1994) com mulheres com aids, revela que as justificativas para a contaminação do companheiro excluem qualquer possibilidade de questionamento de sua virilidade. Mesmo que a forma de transmissão do companheiro seja pela prática bissexual, o contágio pela prostituição é uma forma mais legítima de se contaminar, pois reforça a imagem viril do companheiro e o inocenta, porque ele poderia estar sendo contaminado sem saber, por uma mulher “errada”.

A mulher aqui também aparece como algoz, é ela o ser nocivo que transmite o mal aos demais devido sua promiscuidade. Assim, socialmente, há um distanciamento entre a mulher promíscua – a *puta* má, mulher da vida e dos valores mundanos – e a mulher de família, considerada a moça boa a quem é atribuído o papel de cuidadora e de responsável pelo lar e pela transmissão de valores morais, o que pressupõe o ideal de fidelidade.

O fato é que mulheres jovens, adultas, idosas, casadas, solteiras e viúvas, monogâmicas, profissionais do sexo, com hábitos de vida ditos saudáveis ou drogaditas, isto é, independentemente de sua classe social ou de sua cor, apresentam um número crescente de contaminação e mortalidade por aids no Brasil na quarta década da epidemia, sem que isso seja motivo de indignação da opinião pública.

2.4.5 O ideal de fidelidade: um fator de risco

*Ah, que linda namorada
 Você poderia ser
 Se quiser ser somente minha
 Exatamente essa coisinha
 Essa coisa toda minha
 Que ninguém mais pode ser
 Você tem que me fazer um juramento
 De só ter um pensamento
 Ser só minha até morrer
 [...]
 Você tem que vir comigo em meu caminho
 E talvez o meu caminho seja triste pra você
 Os seus olhos têm que ser só dos meus olhos
 Os seus braços o meu ninho
 No silêncio de depois
 E você tem que ser a estrela derradeira
 Minha amiga e companheira
 No infinito de nós dois”
 (MORAES, 1965)*

A mulher, devido a características biológicas e anatômicas de seu corpo, possui maior vulnerabilidade para a contaminação do HIV, duas a três vezes mais que o homem. Isso porque a mucosa genital feminina é menos espessa, tem maior superfície de contato e é de difícil acesso para a higienização. Ademais, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus que a secreção vaginal.

No entanto, o que mais deve ser chamado atenção se refere à opressão vivenciada por parte das mulheres com relação aos seus parceiros, pois se verifica o baixo poder sobre as escolhas e decisões nas relações, o que as submete, por vezes, conscientemente, a situações de risco, já que a mulher se vê diante do dilema de como pedir camisinha ao marido, pois, caso peça pode ser interpretada como infiel ou como alguém que não acredita nele (LIMA; MOREIRA, 2008).

Há um posicionamento socialmente instituído de submissão e obediência ao homem, influenciado pelos ideais sociais do que é ser mulher, historicamente construído. Nesse contexto, além das relações de gênero, outro aspecto importante impõe a subordinação feminina: os ideais amorosos.

Iniciei este tópico com a música “Minha namorada” de Vinicius de Moraes, por ela, poeticamente, retratar o amor moderno, que pressupõe paixão mútua, erótica, companheira, de abdicção, dedicação e exclusividade, isto é, um ideal de fidelidade. Todavia, o amor moderno é resultado de uma construção histórica, pois nem sempre existiu.

A relação entre amor e casamento nasceu concomitantemente com a ordem burguesa, porém caracterizou-se de fato a partir do século XVIII, no momento em que a sexualidade passou a ocupar um lugar importante no matrimônio. Até então, o amor como escolha e paixão amorosa consensual não existia na instituição do casamento, uma vez que a sexualidade tinha como função específica a reprodução e o prazer sexual era vivido em relações extraconjugais (ARAÚJO, 2002).

O casamento, da Antiguidade à Idade Média, era resultado de um contrato realizado entre famílias, em que os pais decidiam, com objetivos financeiros e sociais, seu destino, sobrepondo-se ao amor e à sexualidade, sendo esta última relacionada apenas à reprodução, parte da aliança firmada (Idem).

Foi na modernidade que se iniciaram as grandes mudanças no casamento, como o amor por paixão, com predomínio do erotismo na relação conjugal, o que impõe um ideal de relação, que envolve expectativa de respeito em relação ao amor e a felicidade.

Antes da expansão do cristianismo, a moral estóica, cuja influência se deu sobretudo de 300aC a 250d.C, defendia a procriação como finalidade e justificativa para a união, assim, o homem sábio devia amar sua mulher com discernimento e não paixão. Assim, o amor-paixão era vivenciado fora do casamento, contrapondo o amor-reserva vivido no interior do matrimônio.

Paulatinamente, o casamento foi ascendendo na escala social até a era moderna, quando se estabilizou, tornando-se, então, a partir do século XVIII, o ideal de casamento, expulsando a reserva tradicional e ocupando o erotismo sua função central (ARAÚJO, 2002). É neste contexto, em que o casamento é visto como uma união de companheirismo, erotismo, completude e de fidelidade, que a aids acaba por se tornar uma ameaça nas relações matrimoniais, devido à recusa ao uso do preservativo.

O amor romântico, o qual é parte essencial da cultura ocidental moderna, exalta um ideal de fidelidade, portanto propor o uso de preservativo ao parceiro é como estar mandando uma mensagem para o outro da possibilidade de traição (LIMA; MOREIRA, 2008). Dessa forma, atualmente, continua havendo um número crescente de mulheres, heterossexuais, contraindo aids de seus maridos e namorados.

A não preocupação com a aids, de acordo com Martin (1994), está relacionada a um código moral no qual o casamento ou um relacionamento afetivo parece garantir a “imunidade” à doença, ou seja, mulheres monogâmicas em cuja afetividade e amor são uma constante não se veem como potenciais portadoras do vírus HIV.

Saber do risco e não fazer nada parece absurdo aos olhos leigos, afirma Martin (1994), entretanto, tal prática está fortemente ancorada numa lógica cultural que lhe dá coerência, revelando, ainda que de forma contraditória, o contexto cultural da contaminação. O amor, fortemente ancorado na emoção e na subjetividade, aparece subjacente no depoimento de muitas mulheres, parece tornar incompatível o relacionamento e a prevenção da aids.

O amor, categoria vivida de diversas formas, ofusca o contexto do risco e da contaminação. Há uma incompatibilidade entre amor e aids do ponto de vista cultural. Enquanto aids significa morte, dor, sofrimento, desvio, o relacionamento amoroso, ainda que de maneira idealizada, implica em prazer, alegria, entrega. O vírus da aids, por meio da sexualidade, traz duas possibilidades incompatíveis do ponto de vista da cultura, que são evitadas até o momento de diagnóstico (MARTIN, 1994).

O mito do relacionamento estável, segundo Lisboa e Souza (2002), como monogâmico e seguro, ultrapassa a crença pessoal das mulheres, atingindo, também, os profissionais de saúde, uma vez que não atribuem risco de infecção a mulheres monogâmicas, havendo poucas campanhas preventivas a esse público. Tal equívoco ocorre por não se considerar a possibilidade de infidelidade de um dos parceiros e ignora-se a realidade da aids invadindo os lares e famílias ditas tradicionais.

Vários estudos realizados com casais apontam que a feminização da aids decorre do ideal de fidelidade, do amor romântico e da dificuldade em negociar o uso do preservativo, tendo como a justificativa mais presente a confiança do companheiro. Estudo realizado por Silveira (2007), com 25 mulheres portadoras de aids, intitulado “Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres”, detectou que mais da metade das mulheres infectadas tinha parceria fixa ou era viúva, demonstrando que a monogamia só pode ser considerada como um comportamento que evita a aids se partilhada com responsabilidade e compromisso por ambos os parceiros, todavia, ainda com ressalvas, visto a impossibilidade de certeza da fidelidade de seu par.

Maia, Guilhem e Freitas (2007) também realizaram estudo com 200 casais em união civil ou estável no distrito de Brasília e encontraram como resultado para o não uso de preservativo a confiança no parceiro. Segundo esses autores, as dificuldades decorrentes da hierarquização de poderes nas relações afetivo-sexuais, que suprimem os canais de comunicação sobre a sexualidade entre os parceiros, resultam na justificativa para não utilização de práticas de sexo seguro em relacionamento estáveis.

Por ser ainda considerada “doença de rua”, há pouca discussão entre os casais sobre a aids, o que se soma aos valores culturais sobre amor e fidelidade, em que a completude do

amor seria o atributo essencial da felicidade e é esta visão romântica e eternizada do amor que faz com que o casal abandone a utilização de preservativos e acredite que está sendo realmente protegido contra o HIV.

Assim, os obstáculos para a mulher são de várias ordens: a dificuldade em exigir o preservativo; o não questionamento sobre o comportamento do parceiro; a crença na capacidade das mulheres de conhecerem seus parceiros; a importância da fidelidade e da confiança; o fato de as mulheres já utilizarem outro método de contracepção; a possibilidade de o questionamento do comportamento do companheiro levar ao abuso verbal, violência ou perda do parceiro; a dependência financeira do parceiro; a crença de que a camisinha reduz o prazer sexual; o tabu de falar sobre sexo; o fato de a mulher pedir para usar camisinha significar uma condenação do seu próprio comportamento; o não uso da camisinha significar o desejo de uma relação estável e com filhos; a associação do uso de camisinha com comportamentos desviantes e imorais (MARTIN, 1994).

Este capítulo realizou uma breve explanação de questões que envolvem a contaminação da aids em mulheres. É interessante enfatizar que desde o início da epidemia até os dias atuais as questões socioculturais que envolvem o gênero feminino têm repercussão na atuação da ciência, como também nas relações amorosas e sociais.

Portanto, enfatiza-se: a tarefa política deste capítulo é divulgar o fenômeno da feminização da aids, aspecto importante para a informação e prevenção de mulheres, e demonstrar os efeitos que as concepções morais e científicos sobre o feminino, sexualidade e relação conjugal produzem em relação à epidemia da aids. É necessário sustentar as campanhas e prevenções ao risco de contaminação ao HIV a partir de outras bases, ou seja, bases que acolham a diversidade de formas de viver. Deste modo, faz-se necessário produzir políticas que levem em consideração as diversas formas de ser mulher e os também diversos usos que as mulheres fazem de sua sexualidade. E acima de tudo, apostar na potência, autonomia e na capacidade das mulheres em administrarem suas vidas, suas escolhas, suas relações.

CAPÍTULO III

3 AIDS, SEXUALIDADE E PRECONCEITO

O capítulo anterior realizou uma explanação sobre o fenômeno da feminização da epidemia, abordando aspectos históricos em relação à negligência da ciência médica devido o tardio reconhecimento da aids como questão de mulheres e as atuais e ineficazes campanhas preventivas e ações de saúde pública, bem como afirmou existir uma vulnerabilidade feminina em decorrência da questão de gênero.

Este capítulo tem o objetivo de colocar em pauta questões que envolvem o preconceito em torno da problemática da aids, síndrome que tem seu maior índice de contaminação pela via sexual. Sua escolha é relevante, pois o preconceito em relação ao adoecimento pelo HIV é evidente nos relatos dos pacientes que procuram consultórios clínicos, postos de saúde e internação hospitalares e é notória sua relação com a sexualidade, o que nos faz afirmar que o contágio sexual produz sofrimento psíquico agudo.

No caso das mulheres verifica-se que existe cobrança, controle e normas sociais em torno de sua sexualidade, pois o respeito e a moral da mulher estariam diretamente associados ao número de parceiros e a sua vida sexual. Descobrir o HIV no seu corpo parece remeter a denúncia da vivência de uma sexualidade transgressora, “do mundo” – parafraseando uma frase comum entre as pacientes atendidas.

Para discorrer sobre o tema, inicialmente será realizada uma breve explanação sobre o conceito de pulsão na teoria freudiana, pois além de ter uma importância crucial na metapsicologia, permite a aproximação do entendimento da sexualidade para a psicanálise. Posteriormente, será analisado como Freud compreendia a relação entre a pulsão sexual e a civilização a partir do texto “Moral sexual Civilizada”, de 1908, para, por fim, a partir da análise de Paulo Ceccarelli, realizar uma leitura acerca do preconceito e a aids.

3.1 O CONCEITO DE PULSÃO: A SUBVERSÃO FREUDIANA

Ao final do século XIX, verificava-se uma cultura repressiva contra a sexualidade, em especial a feminina, o que propulsionou o aumento de doenças nervosas, culminando em patologias que desafiavam a medicina clássica devido à ausência de etiologia orgânica. Este contexto permitiu a emergência de uma prática terapêutica proposta a escutar os meandros da fantasia, como melhor será dissertado no capítulo sobre sexualidade feminina.

Contudo, faz-se pertinente pontuar que foi a escuta do sofrimento de mulheres e suas evidências clínicas que levaram Freud a se debruçar sobre a sexualidade, diferenciando-se de seus colegas da medicina e da puericultura (ramo da medicina que se dedica aos estudos do desenvolvimento físico e psíquico de crianças), acolhendo os discursos sobre o sexo “sem pretensões taxonômicas pautadas por uma moral higienista, que era regra desse meio” (POLI, 2007).

O saber psiquiátrico do século XIX condenava como perversa toda e qualquer prática sexual sem fins reprodutivos, numa tentativa de normatização da sexualidade. A medicina esmiuçava e catalogava um inventário das práticas sexuais que escapávamos ditames morais, discutindo os efeitos nocivos da sexualidade tida como perversa, ou seja, práticas como coito interrompido ou a masturbação eram consideradas prejudiciais ao homem (CECCARELLI; SALLES, 2010).

Em 1905, Freud publicou seu polêmico texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, considerado por Strachey (1969) como uma de suas principais publicações, juntamente com “A interpretação dos Sonhos” (1900), por compilar o cerne da teoria psicanalítica, com postulados que viriam se desdobrar ao longo de toda sua obra, bem como pelo seu impacto social por romper com crenças populares, científicas e religiosas sobre a sexualidade.

A publicação de Freud foi uma atitude ousada e corajosa, pois batia de frente com o dispositivo “perversão-desgenerescência-hereditariedade”, não só criticando abertamente a teoria vigente, como trazendo uma nova concepção do sexual, que também lhe rendeu a associação a uma figura imoral, obscena e impopular (NUNES, 1995; SANTOS E CECARELLI, 2010).

Sua grande novidade estava em considerar que a sexualidade não se restringia apenas ao órgão genital e a reprodução humana, ao contrário, ela estaria presente em todas as atividades, desde a mais tenra idade, fazendo parte da subjetividade e do desenvolvimento normal da infância, pois mesmo o bebê apresentaria uma sexualidade autoerótica e perversa polimorfa, rompendo desde então com o que se entendia em sua época por uma infância inocente e assexuada. Nas palavras de Freud:

Faz parte da opinião popular sobre a pulsão sexual que ela está ausente na infância e só desperta no período da vida designado a puberdade. Mas esse não é apenas um erro qualquer, e sim um equívoco de graves consequências, pois é o principal culpado de nossa ignorância de hoje sobre as condições básicas da vida sexual (FREUD, 1905, p.85).

Desta forma, ao desconsiderar a união dos genitais no coito como único alvo sexual, reconhecendo outros alvos preliminares que trazem prazer em si ou prolongam a excitação, como a sucção dos dedos pelo bebê ou o beijo na boca entre casais, Freud (1905) passou a considerar que a vida sexual “normal” possui perversões.

Um dos marcos mais importantes nesta publicação se referiu ao conceito de pulsão, que continuou crucial ao longo de sua teoria. Tal como nos mostra Ceccarelli e Salles (2010), já se falava em pulsão na psiquiatria, contudo, sua compreensão reforçava a categorização da sexualidade patológica, posto que existiam duas forças antagônicas: pulsão natural, aquela para atos reprodutivos entre homem e mulher e pulsão perversa, aquela que se diferenciava das normas tidas como naturais e sadias.

Freud (1905) passa a utilizar o termo pulsão, *Trieb* em alemão, para designar uma força motriz da sexualidade humana, indicando nitidamente uma diferença em relação à noção de instinto (*Instink*), atribuído à vida da natureza, permitindo pensar na sexualidade fora do determinismo anatômico ao descolar a diferença sexual da noção de complementaridade.

Comum e inerente a todos os seres humanos, a teoria freudiana considera que a pulsão age desde o nascimento como uma excitação nos órgãos que mobiliza à ação em busca de satisfação, isto é, uma exigência de trabalho que se situa entre o somático e o psíquico. É uma estimulação interna e constante que busca satisfação. Entretanto, para manter o equilíbrio do aparelho psíquico, ela é satisfeita apenas parcialmente (FREUD, 1915).

Diferentemente do instinto animal, a pulsão passou a ser considerada como um quantum de energia que tem como característica sua mobilidade e indeterminação, capaz de variar em sua força, alvo, objeto e direção, conforme as vicissitudes do campo social e da singularidade do sujeito (FREUD, 1915).

A pulsão não se esgota, tampouco é plenamente satisfeita, pois a pressão é uma força constante. Há então uma busca por reeditar uma satisfação primeira e plena que supostamente fora alcançada em nossa pré-história por meio dos objetos parciais dispostos ao sujeito em sua vida. A meta da pulsão é sempre a satisfação e que embora a meta final de toda pulsão seja a mesma, serão diversos os caminhos que podem conduzir a esta meta, isto é, não há apenas um objeto e este objeto é sempre variável, além de não estar originalmente ligado à pulsão. Portanto, não há objeto específico, ele será múltiplo, indeterminado e o que o torna apto para ocupar o lugar de objeto não é a sua qualidade ou característica, mas o investimento da fantasia do desejo a partir da história do sujeito (FREUD, 1915).

Com isso, pode-se considerar que a pulsão assume um destino singular de acordo com a sexualidade do sujeito e com sua trajetória pessoal e se configura como outra forma de se

pensar o sujeito, cuja constituição não pode ser separada da sexualidade. De acordo com Ceccarelli e Salles (2010) a nova maneira de compreender a sexualidade humana ia de encontro com a patologização excludente que recaía sobre todos aqueles que não seguiam um padrão de vivências sexuais tidas como normais, conforme pode ser observado em suas palavras:

Se a pulsão não tem objeto fixo, nada existe que seja biologicamente programado: toda forma de atividade sexual resulta de um percurso pulsional, de uma história individual e única. Ou seja, a sexualidade em cada ser humano, devido à singularidade da história de cada um, terá um destino particular: não há uma única maneira que se proponha certa e universal para as manifestações da sexualidade (CECCARRELLI; SALLES, 2010, p. 24).

Desta forma, como nos afirma Nunes (2000, p. 171), “um homem pode fixar seu interesse sexual em uma mulher, em outro homem, em uma criança ou até mesmo em um sapato”. A sexualidade humana, então, afasta-se do ritmo regular que caracteriza o cio animal e desloca-se do domínio da biologia para o domínio das representações psíquicas.

Compreender a compreensão psicanalítica da pulsão é de grande relevância para se pensar no sujeito como um ser singular, regido pelo inconsciente sexual. A psicanálise nos demonstra a impossibilidade de se restringir a sexualidade a um padrão normativo. É esta sexualidade pulsional que entrará em conflito com as exigências culturais e é sobre este conflito que este trabalho propõe aprofundar-se.

3.2 A REPRESSÃO DA SEXUALIDADE: a moral sexual civilizada

De acordo com Santos e Ceccarelli (2010, p. 23) a moral sexual é um fato da cultura, pois o controle da sexualidade sempre existiu em intensidades diferentes e em momentos variáveis, portanto, os autores afirmam que “o imaginário cultural é uma construção sócio-histórica” e, mais além, a moral sexual é um elemento constitutivo do sujeito.

Em “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna”, Freud (1908) realiza uma de suas primeiras exposições sobre o antagonismo entre civilização e vida pulsional. Ao avaliar aspectos sociológicos de sua época supõe o aumento na incidência das doenças nervosas em decorrência da repressão cultural e acrescenta que seria apressado atribuir a fatores unicamente repressivos, sem levar em consideração os componentes etiológicos.

Mezan (2002) afirma que, de acordo com Freud, a ideia central de toda metapsicologia é que os impulsos e as defesas estão em campos opostos e que de seu combate resultam os

sintomas e o conjunto da vida psíquica. Para o autor, é necessário, para entender um processo psíquico à luz da psicanálise, separar os impulsos e defesas.

Neste artigo, Freud (1908) parece trazer uma grande contribuição para análise do enigma do sexual, pois verifica que o antagonismo entre o psiquismo e a cultura gera conflito psíquico e resulta em adoecimento, isto é, na presença de sintomas que, por vezes, impedem os indivíduos de amar e trabalhar. Como podemos observar em suas palavras: “a moral sexual civilizada contribui para o aumento da doença nervosa na sociedade contemporânea, que cresce abundantemente. Há um conflito entre a constituição e exigências da civilização, que gera a enfermidade” (FREUD, 1908, p. 170).

O antagonismo entre civilização e vida pulsional residiria no fato de que a civilização se constitui e se mantém por meio da supressão das moções pulsionais, pois para viver em sociedade é preciso renunciar a parte de seus atributos psíquicos como, por exemplo, o sentimento de onipotência, as inclinações vingativas ou agressivas da personalidade.

Destarte, os bens materiais e os ideais sociais seriam resultados dessas supressões necessárias para a vida social e iriam constituir a subjetividade singular de cada sujeito, estando relacionado com o modo de subjetivação psicopatológico. Em outras palavras, as exigências da cultura demandam a inibição de impulsos que são barrados pela defesa, com o fim de evitar desequilíbrio e desprazer ao psiquismo e permitir o progresso civilizatório.

Considerando injusto que os padrões da civilização exijam de todos uma única conduta sexual, Freud (1908, p. 177) afirma que a educação e as exigências sociais provocam uma supressão aparente e ilusória das pulsões sexuais, pois, por mais que aparentemente se tenha êxito, estas tendem a retornar de forma nociva, fazendo com que os sujeitos precisem gastar uma grande quantidade de energia “às expensas de um empobrecimento interno” para adaptar-se a cultura, “sendo as vezes obrigados a interromper suas colaborações e adoecer”.

A sexualidade “normal” seria aquela útil à civilização, já afirmava Freud (1908), logo, esta dita normalidade seria o reflexo da moral civilizatória, pautada por padrões judaico-cristãos e pela concepção médica e filosófica da diferenciação dos sexos, que regiam as normas relacionais e práticas sexuais: o sexo para fins reprodutivos (entre um homem e uma mulher), monogâmico e após o casamento.

Freud (1908) também se debruça sobre a questão da mulher diante da repressão da sexualidade feminina imposta pela moral da civilização. Inicialmente demonstra quanto diverge dos padrões da época colocando-se, neste momento específico, como um leitor crítico da misoginia social, indo contra os padrões da medicina e psiquiatria de seu tempo.

Von Ehrenfels, citado por Freud (1908), afirmara que as diferenças naturais entre os sexos impõem sanções menos severas às transgressões masculinas, admitindo uma moral dupla ao homem, o que impossibilitaria a sociedade ter amor à verdade, honestidade e humanidade.

É a partir deste discurso que Freud (1908, p. 180) reconhece esta moral dupla válida apenas para os homens e a considera uma verdadeira “ironia social [...] a melhor confissão que a própria sociedade não acredita que seus preceitos possam ser obedecidos”. O homem cria regras para suprimir a sexualidade, mas não consegue manter-se fiel a estas regras.

Freud (1908) afirma que as mulheres possuem menor capacidade de sublimar, mas associa esta compreensão a repressão causada pela moral sexual civilizada, pois reconhece que as mulheres são impedidas de entrar em contato com sua sexualidade, contidas pela cultura. A elas cabe a maior repressão, o que resultaria em sua inibição sexual e de seu pensamento.

Também considera que quando sofrem desilusões amorosas no casamento contraem graves neuroses que lançam sombras duradouras durante sua vida. Assim, discordando dos médicos e psiquiatras da época, vai de encontro ao pensamento de que o casamento seja solução para curar distúrbios nervosos femininos. Revolucionariamente acreditando que a infidelidade poderia ser uma saída para vivência do prazer sexual, uma vez que o casamento também sofre fortes restrições da moral sexual inibindo práticas sexuais, Freud (1908) reconhece que devido à rígida educação e exigências da civilização, a mulher recerá recorrer a esta saída, pois no conflito entre o desejo e o dever social (e do matrimônio), se refugiará na neurose, afinal “nada protegerá sua virtude tão eficazmente quanto uma doença”.

Em outras palavras, o adoecimento pela neurose é resultado da repressão sexual da moral civilizada e também é a saída encontrada pelas mulheres de seu tempo, pois a manutenção da “virtude”, tão cara aos padrões de sua época, só era possível a partir de um grande custo, o adoecimento psíquico decorrente do recalque pulsional.

Tais questões ocorrem justamente pela imposição da cultura atribuída a elas, relacionadas à sexualidade, obrigações do casamento, monogamia, etc. Isto é, à obediência a padrões de comportamento socialmente determinados que não seriam apenas instituídos pelo casamento, mas pela própria educação que ocorreria desde a infância e que operaria em nome da castidade sobrepujando suas funções eróticas e sua capacidade de amar (BACCHINI, 2009).

3.3 CULPA E PRECONCEITO

Conforme a exposição teórica realizada até então, verificou-se que Freud (1905), diferenciando-se dos saberes médicos de sua época, sustentou que a sexualidade humana não se restringe a reprodução das espécies, sendo parte da subjetividade humana desde a mais tenra idade e se manifestando de acordo com a singularidade da história de cada um, isto é, tendo destino particular.

Em seguida, pôde-se constatar que Freud (1908) observou que os impulsos sexuais são antagônicos à cultura, gerando o adoecimento neurótico. Neste momento, ele considerou que a civilização necessitaria da supressão pulsional para a manutenção dos vínculos sociais, algo que já postulara em 1907, em um de seus primeiros textos específicos em relação à cultura chamado “Atos obsessivos e exercícios religiosos”, onde afirmara que “a renúncia progressiva aos instintos constitucionais, cuja ativação proporcionaria o prazer primário do ego, parece ser uma das bases do desenvolvimento da civilização humana” (FREUD, 1907, p. 116).

Considerando que a repressão das pulsões seria a base civilizatória, ele também sustentaria que ambos trariam consequências psíquicas: o adoecimento neurótico. Não apenas, há também o reconhecimento da moral sexual civilizada com maior repressão sobre as mulheres que, pelas práticas educacionais, eram reprimidas a pensar e manifestar sua sexualidade, enquanto aos homens cabia, hipocritamente, uma moral dupla.

Pode-se afirmar, então, que fatores culturais contribuem para o adoecimento psíquico das mulheres. No caso da enfermidade da aids, encontra-se o *pathos* atrelado a sexualidade feminina, pois, apesar de na atualidade verificarmos a consolidação do movimento feminista e o alcance de muitas mulheres ao mercado de trabalho, da gestão de suas vidas e de seu lares, ainda é presente o preconceito contra aquelas que vivenciam sua sexualidade fora dos ditames de uma cultura moral sexual, ainda, sexista.

O número de parceiros e suas práticas sexuais, bem como a forma de exercer sua sensualidade, ainda é motivo de segregação, discriminação e violência, havendo a cruel classificação entre homens, e as próprias mulheres, do que seria uma mulher “para casar” e mulher para “se divertir”. Eis um estigma social: ter aids é o avesso do que se espera de uma mulher esposa e mãe. Associada a uma sexualidade desenfreada desde a concepção de grupos de risco, o preconceito é uma realidade que interfere diretamente no sofrimento psíquico das mulheres investigadas. É do preconceito que se pretende tratar a seguir.

Ceccarelli (2000), a partir da leitura freudiana, afirma que o recalque pouco sofre influência da desrepressão por ser um movimento constitutivo do psiquismo e da condição de

existência da civilização. Todavia, considera que os ideais da cultura participam ativamente do movimento do recalque e que a moral sexual civilizatória, isto é, a repressão social, cria uma sexualidade normativa cujo desvio gera de um lado preconceito e, de outro, culpa.

A sexualidade, quando desviada das normas sociais, gera sofrimento psíquico, tanto pelo sentimento de culpa, como também por receber uma carga de preconceitos advindas do externo. Este preconceito, sustenta Ceccarelli (2000), pode ser constitutivo do psiquismo – e neste caso inerente à condição humana –, como também pode ser resultado de uma atitude moralista e redutora, sendo importante compreender sua distinção.

A repressão na vivência da sexualidade advém de regras externas, do meio social, variando de acordo com a cultura e o contexto histórico, fazendo parte de um processo de escolha singular, pois cabe ao sujeito aderir ou evitar, conscientemente, as regras sociais. Todavia, a repressão imbrica nas construções de Ideais, participando no movimento constitutivo do sujeito, em sua tentativa de retorno ao lugar de idealização dos pais, ao longo de seu processo identificatório.

De acordo com Ceccarelli (2000), as renúncias pulsionais impostas pelo processo civilizatório não bastariam para inibir o retorno do sexual recalçado. Diante desta pressão, os Ideais funcionariam como uma espécie de auxiliar no processo de recalçamento. Conforme suas palavras:

Temos, então, dois movimentos simultâneos: o primeiro, presente na origem mesmo da história da espécie humana, diz respeito à renúncia do gozo narcísico em detrimento dos valores culturalizados, o que levou a grandes modificações psíquicas para que as moções pulsionais fossem recalçadas; o segundo movimento, devido a pouca eficácia deste primeiro expediente, lança mão dos Ideais para reforçar o recalçamento. Ao passarmos do registro do instinto para o da pulsão, a renúncia dos impulsos sexuais tornou-se problemática, pois, como vimos, por não ter objeto fixo e estar submissa à dimensão do desejo, a pulsão escapa a qualquer forma de controle (CECCARELLI, 2000, p. 26).

Desta forma, esta dimensão do pulsional, sem objeto fixo, em constante pressão em busca de satisfação, precisaria ser contida. O recalque é o movimento constitutivo do psiquismo que impede a livre descarga pulsional, que leva em consideração as demais instâncias psíquicas e mantém o “equilíbrio” do aparelho psíquico, permitindo a vida em civilização e o estabelecimento de laços sociais.

Os Ideais, contudo, serviriam como construções culturais criadas pelos homens para normatizar e direcionar aquilo percebido como uma ameaça. Obviamente, o sexual infantil tende a retornar nos sonhos, atos falhos, sintomas, fantasias, etc, provando que é ilusório o controle do sexual, pois há escapes no recalque, como há fracasso na tentativa de criar uma

sexualidade ideal, universal, da “natureza humana”. Portanto, quando este recurso criado pelos homens como forma de proteção falha – não corresponde ao Ideal – e quando determinada expressão da sexualidade escapa ao recalque, emerge o preconceito.

Há, então, um sentimento de desprazer, pois é evidente a ameaça do retorno de excitações recalçadas, que passam a ser experienciadas pelo sujeito como um estranho, estrangeiro, gerador de ódio. Assim, o preconceito seria um mecanismo de defesa, um alerta, inerente à construção do psiquismo, comum a todos os humanos.

Porém, atitudes segregadoras também recebem nome de preconceito, as quais apesar de também evocar moções recalçadas, são ligadas especificamente aos Ideais e não ao retorno do recalçado. Isto é, ao mesmo tempo há o sentimento de repulsa diante de uma ameaça perigosa, há também uma sedução pelo que se repele, fazendo emergir uma secreta inveja daqueles que a experimentam, gerando atitudes hostis contra aqueles que a exercem.

O sentimento de culpa, por sua vez, seria resultado da tensão entre o eu e o Ideal, quando o sujeito não corresponde aquilo que lhe é esperado. Por isto, afirma Ceccarelli (2000), o preconceito tem diversas expressões e pode ocorrer do sujeito ser vítima de preconceito, experimentar deste mesmo preconceito e, ao mesmo tempo, ter culpa.

Cada sociedade cria, a partir do sistema representativo que lhe é próprio, as representações culturais dos Ideais para enquadrar, controlar, direcionar as pulsões, sendo um processo necessário para a existência da civilização. Em nossa cultura ocidental, a tradição judaico-cristã influenciou fortemente a criação dos Ideais, a sexualidade normal seria aquela voltada à reprodução das espécies, logo, algumas formas de vivência da sexualidade poderão provocar no outro o extremo desconforto pelo que fora recalçado e, de alguma forma retorna, ou aquele que deseja realizá-la, mas que por ter crenças culturais tão veementes, não o podem fazê-lo, restando-os também o desconforto.

O preconceito sempre irá existir por fazer parte da constituição humana. Todavia, levando em consideração a influencia da moral civilizada sobre a repressão dos impulsos, pode-se considerar que ditames morais culturais, provocados pelo dogmatismo e autoritarismo de algumas instituições, podem e devem ser colocados constantemente em pauta, principalmente quando ferem os princípios dos Direitos Humanos e levam à graves feitos de ódio, como o assassinato ou a intensa violência psíquica que tanto acompanhamos nos pacientes vivendo (e sofrendo) com aids.

CAPÍTULO IV

4 OS PARADIGMAS DOS SEXOS E SEUS REFLEXOS PARA A SEXUALIDADE FEMININA

O capítulo anterior abordou aspectos referentes à compreensão da sexualidade para a psicanálise, demonstrando que houve uma ruptura com a visão científica da época, determinada pela anatomia, e a inauguração de uma nova leitura sobre a sexualidade infantil, perversa e polimorfa, marcada por uma história individual e única, cujo objeto não é fixo. Também se afirmou a existência de uma moral sexual civilizada que é antagônica aos estímulos pulsionais, cuja repressão leva ao adoecimento neurótico. Com isso, reconheceu-se a maior repressão sobre a sexualidade feminina e concluiu-se que os preconceitos em relação às mulheres vivendo com aids tanto são provenientes do retorno do recalcado inquietante que é familiar, como também pode ser resultado de construções culturais realizadas pelos homens com o fim de conter o pulsional. Portanto, podem ser fruto de um desejo contido por regras sociais, repressão cultural das autoritárias e dogmáticas instituições de poder que ditam as normas sociais.

Santos e Ceccarelli (2010) enfatizam que em toda sociedade, seja pela religião ou pelos detentores do saber das sociedades científicas (entre eles, médicos, psicólogos, psicanalistas, pedagogos, etc), há uma busca em legislar sobre a sexualidade através de discursos que agiriam como artefato criado para lidar com o mistério do sexual. Para os autores, a regulamentação dos prazeres parece ser inerente ao trabalho de cultura (*Kulturarbeit*) que mantém a coesão dos grupos humanos. Entretanto, esta ordem discursiva advinda da cultura mostra-se ineficaz diante das manifestações do enigma do sexual, cujas provas são irrefutáveis de que não somos “senhores em nossa própria casa”, parafraseando Freud.

O inconsciente sexual apresenta-se como um verdadeiro enigma para a sociedade, lançando desafios recorrentes às ciências ditas positivistas. Os números crescentes de novos casos de contaminação pelo vírus HIV demonstram um claro exemplo do desafio permanente lançado à sociedade, pois apesar dos avanços científicos e tecnológicos que parecem trazer uma ilusão de controle, a sexualidade em suas práticas escapa às técnicas positivistas de mensuração e racionalidade.

Em síntese, apesar dos avanços acerca do conhecimento da fisiologia do corpo humano e de, aparentemente, falar-se abertamente sobre sexualidade nas redes sociais, nas

escolas e meios de comunicação, algo escapa ao saber científico e suas medidas preventivas de controle: a singularidade do desejo que move as relações e incide em suas práticas.

As doenças sexualmente transmissíveis parecem ser um exemplo plausível de tal relação desafiadora e, talvez, insolúvel para as ciências modernas, afinal, aproximando-se da quarta década, a aids continua se alastrando pelo contato sexual, independente do grau de escolaridade, do nível de informação sobre o assunto e da classe social. O aumento do número de novos casos e de óbitos, inclusive em pessoas com esclarecimento sobre métodos preventivos, parece provocar, desafiar e convidar a sociedade civil, o Estado e a Ciência a questionar: o que é preciso para se evitar práticas sexuais desprotegidas?

Ceccarelli (2000, 2007, 2010), psicanalista e estudioso da temática, aponta em suas análises que existem dois fatores pertinentes para auxiliar na compreensão do enigma da sexualidade que guardam estreitas relações entre si. O primeiro se refere a como a sexualidade e suas manifestações têm sido tratadas ao longo da história da humanidade, pois o imaginário da cultura ocidental, afirma Ceccarelli (1998), funciona como suporte identificatório para o sujeito em constituição, mesmo para aqueles que possuem uma posição crítica em relação a ele. Portanto, a cultura e o contexto histórico terão grande importância na constituição subjetiva, sendo a clínica e a teoria psicanalítica também tributárias da cultura, uma vez que a psicanálise surge em uma cultura que a moral sexual produz neuroses.

Para Ceccarelli (1998) um saber sobre a história da cultura ocidental se faz necessário na medida em que a psicanálise compreende que o Supraeu é formado não somente pelo precipitado da autoridade paterna, mas também por fatores externos - os Ideais - que pertencem ao sistema social onde o sujeito está inserido. Desta forma, as figuras que formam o Supraeu e os Ideais derivam do mundo externo e guardam as influências do passado e da tradição.

Para o autor, o segundo fator relevante a ser analisado seria “como cada sujeito constrói sua psicosexualidade por meio dos movimentos pulsionais decorrentes dos conflitos entre as instâncias psíquicas, tendo a dinâmica edípica como pano de fundo”. Assim, a sexualidade variaria de um sujeito a outro e repetiria a polimorfia sexual infantil em uma relação objetual, onde o desejo do outro seria levado em consideração.

Com o fim de aproximar-se das construções culturais que envolvem a sexualidade feminina no ocidente, este capítulo irá abordar os dois paradigmas sobre o sexo na história ocidental: o paradigma do sexo único e o paradigma da diferença sexual. Mas antes, cabe realizar uma breve reflexão sobre os processos de identificação da constituição da subjetividade feminina para, por fim, realizar uma sucinta análise em relação aos processos

identificatórios culturais e as perdas das representações identitárias ocasionadas pelos vírus do HIV em mulheres.

4.1 OS PROCESSOS DE IDENTIFICAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE FEMININA

Este trabalho pauta sobre a sexualidade feminina e, portanto, uma pergunta se torna pertinente: como se constituiria a formação de uma mulher? Não é escopo desta pesquisa e aprofundar sobre as relações de gênero abordadas pelos feminismos. Aqui, gênero ainda está designando um termo gramatical que corresponde a diferença entre o sexo masculino e feminino e suas formas de se relacionar com o mundo externo. Desta forma, o que esta seção se propõe é realizar uma breve análise sobre os processos de identificação da constituição da subjetividade feminina, a partir de autores psicanalistas.

Os debates sobre gênero no seio psicanalítico são considerados polêmicos, quando não, divergentes. Ceccarelli (2010) irá argumentar que alguns psicanalistas atentam para o fato de que, apesar da interferência cultural, os conflitos psíquicos serão relacionados a mecanismos intrapsíquicos inconscientes, independentes – com raras exceções –, do social. Para eles, as teorias sobre sexualidade infantil já seriam inovadoras e avançadas, permitindo uma análise sobre a singularidade do sujeito e sua constituição psíquica, levando a crer, então, que os estudos de gênero seriam irrelevantes para a psicanálise. Contudo, há uma questão conflituosa na literatura, pois outros psicanalistas irão se apoiar na afirmativa de Freud (1921) de que “toda psicologia individual também é, ao mesmo tempo, também psicologia social” e considerar que a análise de fatores culturais e sociohistóricos são importantes para compreensão de certos conflitos psíquicos.

Esta polêmica já decorre da própria utilização do termo “gênero”, o qual não é encontrado em Freud, até mesmo por que em alemão a palavra *Geschlecht* se refere, simultaneamente, a sexo e gênero. Conforme Rodinesco (1997) foi Robert Stoller (1925-1991), psiquiatra e psicanalista norte-americano, que deu uma nova definição à palavra *gender*. Contudo, como já dito anteriormente, não é objetivo deste trabalho aprofundar-se nos debates sobre relações de gênero, deixando indicação literária para aqueles que demonstrem interesse portais análises. O que aqui se faz pertinente argumentar sobre os processos de identificação da constituição da subjetividade feminina.

Apesar de Freud não ter se debruçado a estudar “gênero”, alguns autores psicanalistas teorizam a partir da leitura freudiana. De acordo com a indicação de Ceccarelli (2010), em

“Sobre as teorias sexuais infantis”, Freud (1908) dá um importante indicativo para a importância dos “sinais externos mais óbvios”, sem levar em conta a existência de uma diferença anatômica. Nas palavras de Freud:

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

O que Freud (1908) parece afirmar é que há um universo cultural em que a criança faz parte desde o nascimento e aceita sem questionamento, onde homens e mulheres serão reconhecidos por atribuições sociais, formas de vestimenta, maneiras de se portar, etc.

Conforme Ceccarelli (2010), nesta etapa que antecede a castração, a criança irá aceitar a existência de um pai e de uma mãe e irá colocar-se de um lado ou de outro e diferenciar aquele que não se assemelha a ela. Ao observar o meio externo, irá compreender que certas coisas ela pode fazer ou não e que lhes são restritas por ser “menino” ou “menina”, o que se torna possível devido às crianças terem em suas lembranças mais antigas uma mãe e um pai.

De acordo com Highwater (1992), o que leva uma criança a afirmar ser menino ou uma menina é a consolidação de uma crença que surge antes mesmo do nascimento, pois hoje se inicia com o discurso dos pais sobre o bebê que ainda está na barriga, por meio da ecografia que já determina o sexo anatômico da criança. De acordo com a autora,

Desde o nosso primeiro instante de vida, uma filosofia mecanicista domina a definição daquilo que somos e de como se espera que nos comportemos. Ao nascermos, os pais e os médicos nos identificam como meninos ou meninas pela evidência anatômica dos genitais. São eles, os genitais, que selam o nosso destino, já que somos de imediato iniciados nos modelos de cultura separados, próprios da criação de bebês masculinos e femininos (HIGHWATER, 1992, p. 11).

Assim, quando se designa o sexo do feto no exame durante a gravidez ou após o nascimento, bem como quando se registra o nome no cartório, está se definindo um conjunto de atributos e predicados criados pela cultura e que parecem fazer parte da essência inata daquele sujeito. O gênero, então, acaba sendo algo pré-determinado. Logo após este momento inicial, conforme nos afirma Ceccarelli (2010), o bebê será tratado pelo sexo/gênero que lhe foi designado.

Freud (1914, p. 110) irá escrever sobre este momento do narcisismo renascente dos pais com a chegada de um filho. “*His majesty the baby*”, quando os pais atribuem às crianças todas as perfeições: doenças, morte, restrições à própria vontade não lhe cabem; o bebê torna-se o centro do mundo e devem satisfazer os sonhos e desejos nunca realizados pelos pais. Como argumenta Freud, a criança, na fantasia dos pais, deve “tornar-se um grande herói no lugar do pai, ou desposar um príncipe, a título de indenização tardia da mãe”.³

Conforme Sigal (2009), a relação com os pais será determinante para a constituição psíquica do bebê: o sexo anatômico e as características sexuais secundárias são lidas, decodificadas pelos outros, segundo seus próprios fantasmas, colocando as crianças em determinados lugares a partir dos quais ela é significada e com os quais se identifica ou dos quais foge no percurso de sua vida desejante.

Portanto, neste momento em que os pais irão cuidar do bebê, eles já irão fazê-lo atribuindo-lhe um gênero, masculino ou feminino, mas manifestarão também seus desejos inconscientes. O discurso dos pais é permeado de desejo, carregado de fantasmas e crenças. É este discurso sobre a criança e para a criança que dará vida psíquica ao bebê, por meio do investimento libidinal na constituição psíquica do pequeno ser. O recém-nascido também receberá presentes e ocupará um lugar na família e na sociedade como um menino ou uma menina. Esta crença será constantemente confirmada no decorrer de sua vida pela opinião comum e, aos poucos, a criança será informada do lugar que ela deverá responder, segundo sexo/gênero o qual pertence. Logo, para o autor, “atributos de gênero fazem parte das identificações e são inseparáveis do sexo e a existência de ambos é relacional” (CECCARELLI, 2010, p. 273).

Serão os pais e os grupos primários em que a criança está inserida que irão propiciar os elementos de informação sobre o sistema simbólico relativo à sociedade, bem como os códigos aos quais deverá se submeter e que irão registrar suas formas de agir e de se comportar, sejam eles de menino ou de menina. Ceccarelli (2010, p. 273), então, afirma: “quando a criança é criada com convicção e continuidade no sexo que lhe foi atribuído, o sentimento de identidade sexual que ela construiu concordará com o sexo de atribuição e não com seu sexo biológico”. Desta maneira, o sentimento de identidade sexual, isto é, de pertencimento a um sexo, é um devir, estando estritamente relacionado com um processo subjetivo que se inicia com o nascimento e com processos identificatórios.

³ Nota-se nas palavras de Freud (1914) que o ideal dos desejos dos pais, para seus filhos, além de estar associado a elementos fantasmáticos, também se conecta a fatores culturais: homens precisam ser viris, ao passo que às mulheres cabe o casamento.

4.2 A CULTURA E SUAS INFLUÊNCIAS NA SEXUALIDADE FEMININA

Conforme se observou no item anterior, o sentimento de identidade sexual é um processo psíquico que se iniciará desde a mais tenra idade. Considerando que os ideais dos pais são projetados para o bebê e que o discurso destes pais, junto com os grupos primários, também irá dizer sobre o lugar desta criança no mundo, participando ativamente nos processos de identificação ao longo de sua vida, esta seção propõe analisar os ditames culturais sobre a sexualidade feminina que preconizam os papéis sociais das mulheres, com o fim de identificar construções ideológicas que podem influir na constituição psíquica das mulheres.

4.2.1 Do sexo único às diferenças sexuais

A condição feminina tem, no decorrer da história ocidental, uma característica singular que se repete: a concepção de mulher como inferior ao homem que, por sua vez, representa a “perfeição” e goza de maiores privilégios sociais (LAQUEUR, 1992).

Michel Foucault (1988[1999]) considera que o Estado, a religião e as elites dominantes sempre criaram dispositivos de poder sobre a sexualidade, isto é, discursos de regulamentação que a controlam. Desta forma, os discursos sobre a sexualidade aparecem em precisos contextos sócio-históricos como tentativa de normatizar as práticas sexuais aos padrões estabelecidos, já que o controle do corpo e da sexualidade permite o controle da vida social e política.

Trabalha-se aqui com a hipótese de que as verdades sobre a sexualidade, além de serem dispositivos de controle que buscam normatizar as ações e relações, agem sobre os sujeitos de forma a criar a ilusória crença da naturalização do pensamento que, por sua vez, marca a episteme de uma época. A saber, a sexualidade é uma construção inseparável do discurso e do jogo do poder dentro dos quais ela é constituída e, ao mesmo tempo, se constitui, sendo um aspecto importante para o modo de subjetivação do indivíduo (CECCARELLI; SALLES, 2010).

Os estudos de Thomas Laqueur (1992), historiador que realizou uma criteriosa pesquisa sobre corpo e gênero, dos gregos à Freud, demonstram a existência de dois diferentes paradigmas do sexo na história do ocidente propondo que, desde o período pré-Iluminista, gênero já era uma categoria real e cultural de luta e poder, com repercussão nas organizações sociais. Sua tese consiste em demonstrar que o determinismo natural da diferença entre os

sexos emergiu apenas no século XVIII, diante de interesses políticos que encontraram no sexo biológico uma oportuna justificativa para manutenção do poder masculino na organização social de homens e mulheres.

Laqueur (1992) sustenta que desde a Antiguidade até o período pré-Iluminista não existia a compreensão da existência de dois sexos distintos marcados por diferenças inatas e perenes – acreditava-se no modelo de sexo único, em que gênero e sexo estariam ligados a um círculo de significados que não possuíam relação estrita com o órgão anatômico:

[...] ser homem ou ser mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não ser organicamente um ou outro de dois sexos incomensuráveis [...] o sexo antes do século XVIII era ainda mais uma categoria sociológica e não ontológica (LAQUEUR, 1992, p. 19).

O modelo do sexo único seria de:

[...] um mundo onde pelo menos dois gêneros correspondem a apenas um sexo, onde as fronteiras entre masculino e feminino são de grau e não de espécie, e onde os órgãos reprodutivos são apenas um sinal entre muitos do lugar do corpo em uma ordem cósmica e cultural que transcende a biologia (LAQUEUR, 1999, p. 41).

A origem do modelo do sexo único, que parece impensável nos tempos atuais, data da Antiguidade e perdurou por muito tempo na história, tendo seus alicerces fundamentais estabelecidos por Aristóteles e permanecendo presente nos tempos de Galeno, responsável pela versão final deste paradigma, que durou até o Iluminismo.

Aristóteles, conforme Laqueur (1992), legou à tradição ocidental uma concepção do modelo de sexo único e foram suas reflexões sobre reprodução e geração que possibilitaram a construção do saber galênico. Como filósofo ele insistia em dois sexos – masculino e feminino – todavia considerava que a característica distinguível da masculinidade era imaterial. Para ele, a atividade seria oriunda da essência da natureza masculina e a passividade da feminina. Além disto, em seu entender, os homens contribuíam com a forma e as mulheres com a matéria para a geração. Portanto,

[...] o que nós pensaríamos serem fatos básicos da diferença sexual, por outro lado – os homens têm um pênis e as mulheres uma vagina, os homens têm testículos e as mulheres têm ovários, as mulheres tem um ventre e os homens não, os homens produzem um tipo de produto germinal, as mulheres outro, as mulheres menstruam e os homens não – eram para Aristóteles, observações contingentes e filosoficamente pouco interessantes sobre a espécie específica em certas condições (LAQUEUR, 1999, p. 44).

A divisão de trabalho e a atribuição de papéis entre homens e mulheres seriam, para Aristóteles, “naturais”, como bem nos mostra o autor: “um sexo é forte e o outro fraco, para que um possa ser cuidadoso e o outro corajoso ao revidarem os ataques; um possa sair e adquirir bens e o outro possa permanecer em casa e preservá-los” (LAQUEUR, 1992, p. 45).

Todavia, a visão aristotélica não seria em nada semelhante à leitura moderna de dois sexos, pois não havia esforço para basear os papéis sociais na natureza. Embora considerasse os corpos masculinos e femininos especificamente adaptados aos seus papéis particulares, Aristóteles não via essas adaptações como sinais de oposição sexual. Para Laqueur (1992, p. 17), na carne, os sexos eram visões mais ou menos perfeitas um do outro: “homens e mulheres são classificados conforme seu grau de perfeição metafísica”.

O sexo, para Aristóteles, existia com a finalidade de gerar a categoria de ser – o macho representava a causa eficiente e a fêmea representava a causa material. Ou seja, a fêmea sempre forneceria o material, porém o macho que a moldaria: o corpo é da fêmea enquanto a alma é do macho. Portanto, a noção de paternidade transcenderia as divisões da carne para ser responsável pela essência (LAQUEUR, 1992).

Sobre este pensamento, Joel Birman (1999) sintetiza: a superioridade masculina, marcada pela atividade, estaria inscrita no ato da própria geração dos seres, pois a figura do macho seria responsável pela transmissão da humanidade propriamente dita, sendo o homem o portador do princípio divino, enquanto a fêmea esperaria passivamente para ser engendrada em seu papel de passividade, oferecendo apenas a matéria sobre a qual o macho trabalharia.

Cláudio Galeno, médico e investigador do período romano (c.129, ca.217) – que teve seus relatos de anatomia médica insuperáveis até as ilustrações de dissecações humanas por André Versalius (1543) –, no século II d.C, desenvolveu o mais poderoso modelo de identidade estrutural dos órgãos reprodutivos do homem e da mulher para demonstrar com detalhes que as mulheres eram essencialmente homens, nos quais uma falta de calor vital – de perfeição – resultaria na retenção interna das estruturas que no homem são visíveis na parte externa (LAQUEUR, 1992; BERLINK, 2013).

Em vez de serem divididos por suas anatomias reprodutivas, os sexos estavam ligados por um sexo comum, sendo as mulheres, homens invertidos, isto é, com os mesmos órgãos, porém nos lugares errados – o que comprovava sua imperfeição: “a vagina era vista como um pênis interno, os lábios como prepúcio, o útero como escroto e os ovários como testículos”. (LAQUEUR, 1992, pp. 16-17).

O sexo feminino poderia virar masculino, enquanto o masculino jamais poderia se tornar feminino, pois a perfeição não poderia retroceder, mas o imperfeito poderia ser

transformado no perfeito, desde que a presença do humor quente pudesse operar a transformação (BIRMAN, 1999).

A anatomia, mais do que a evidência de uma verdade, serviu como ilustração de um ponto já conhecido, garantindo a “realidade” da perfeição menor da mulher, tornando mais viva e mais palpável a hierarquia do calor e da perfeição. O masculino seria então a causa final da perfeição, o pretense *telos*, pois se compreendia que “da mesma forma que a humanidade é mais perfeita que o resto dos animais, dentro da humanidade o homem é mais perfeito que a mulher, e a razão dessa perfeição é o excesso de calor, pois o calor é o instrumento básico da natureza” (LAQUEUR, 1992, p. 44).

No paradigma do sexo único, gênero e sexo estavam ligados a um círculo de significados que não perpassava pelo biológico, mas por uma posição social e um papel na cultura. Pode-se pensar que o modelo de sexo único mantinha e valorizava a afirmação cultural do patriarcado, do pai, diante da afirmação mais sensorialmente evidente da mãe. Como nos refere Laqueur (1992, p. 19)

[...]ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel na cultura, não ser organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis. Em outras palavras, o sexo antes do século XVIII era ainda mais uma categoria sociológica e não ontológica.

De acordo com Kehl (2007), o modelo do sexo único justificava o poder masculino e a insignificância histórica das mulheres, limitadas, na vida pública e nas atividades espirituais, pelas tarefas da maternidade. O sexo feminino seria o menos perfeito, porém tinha uma função social necessária. Assim, o modelo de sexo único não reconhecia o corpo feminino: mulher era uma ausência de perfeição e tinha seus papéis sociais definidos justamente pela falta de calor vital. Dessa forma, a mulher ocupava uma condição de passividade, reforçando o patriarcado.

Durante dois milênios o ovário não tinha nome específico e a vagina, como tubo no qual o pênis se encaixa e através da qual nasce o bebê, só foi demarcada como órgão sexual e nomeada por volta de 1700. Conforme pode ser observado nas palavras de Laqueur (1992, p. 16):

A linguagem marca essa visão da diferença sexual. Durante dois milênios o ovário, um órgão que no início do século XIX se tornou uma comparação da mulher, não tinha nem ao menos nome específico. Galeno refere-se a ele com a mesma palavra que usava para os testículos masculinos, *orcheis*, deixando que o contexto esclarecesse o sexo ao qual ele se referia. Herófilo denominara os ovários de *didymoi* (gêmeos) outra palavra padrão grega para trompa de Falópio (*Fallopian*) – os canais ejaculatórios que saem de cada um dos “testículos” – ligavam-se no

pescoço da bexiga, como ocorre com canais ejaculatórios dos homens. É claro que não é assim. Galeno mostrou esse erro, surpreso de que um observador tão cuidadoso pudesse tê-lo cometido, porém sua correção não teve efeito na condição de modelo como um todo. Tampouco há um termo técnico em latim ou grego, e nos vernáculos europeus só apareceu por volta de 1770, para a vagina como tubo ou bainha na qual seu oposto, o pênis, se encaixa e através do qual nasce o bebê (LAQUEUR, 1992, p.16-17).

Portanto, os discursos sobre a diferença sexual começam a se evidenciar no final do século XVII, quando os livros médicos de anatomia que apresentavam apenas o corpo masculino e que sequer nomeavam os órgãos femininos, passam, paulatinamente e de forma esparsa, a delimitar as diferenças morfológicas dos corpos de homens e mulheres (LAQUEUR, 1992).

Os órgãos passaram a ser diferenciados em termos linguísticos e os inexistentes, nomeados. O ventre que era uma espécie de falo negativo passou a ser útero, um órgão cujas fibras e nervos ofereciam uma explicação e uma justificativa para condição social da mulher. Sobre este momento, Laqueur (1992, p. 45) registra:

[...] quando o próprio corpo natural tornou-se padrão de ouro do discurso social, o corpo da mulher tornou-se o campo de batalha para redefinir a relação social antiga, íntima e fundamental entre o homem e mulher. O corpo reprodutivo da mulher na sua concretude corpórea cientificamente acessível, na própria natureza de seus ossos, nervos e principalmente órgãos reprodutivos, passou a ter um novo significado de importância. Os dois sexos, em outras palavras, foram inventados como um novo fundamento para gênero.

4.2.2 Os dois sexos foram inventados!

Destaca-se a última frase de Laqueur (1992), supracitada no título desta seção, por ela representar a síntese do movimento ocorrido através da medicina e da filosofia e que propiciou o deslocamento do trabalho cultural – que no modelo do sexo único foi feito pelo gênero – para a biologia da reprodução sexuada: se na Antiguidade o sexo era dispensável para Aristóteles em sua fundamentação da inferioridade das mulheres, com a valorização da natureza dos órgãos genitais, ele passa a oferecer legitimação para a diferença entre os homens e mulheres (LAQUEUR, 1992).

Com a Revolução Francesa e o clamor da universalidade por liberdade e igualdade, torna-se inviável sustentar uma hierarquia entre homem e mulher pautada no sexo único. Diante do imperativo jurídico de igualdade de direitos, a natureza tornou-se uma justificativa plausível para que os homens justificassem seu domínio na esfera pública. Assim, a hierarquia

entre os sexos não deixou de existir, mas foi deslocada e passou a se fundar no registro biológico da natureza.

Desta forma, um novo modelo de divergência biológica e binária ganha evidência, em que uma anatomia e fisiologia passam a ser intransferíveis, determinantes, opostos, estáveis e incomensuráveis, substituindo a metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem (LAQUEUR, 1992).

Diferentemente da antiga metafísica do corpo masculino como padrão, passou-se a acreditar em um corpo neutro, “com sexo, mas sem gênero”, desatrelado da cultura: a biologia do incomensurável sexual ofereceu aos teóricos uma forma diferente de fundamentar a subordinação feminina, que estaria no estado natural e anterior das relações sociais – o que justificava que o contrato social, na tese de Rousseau, fosse construído apenas entre os homens (LAQUEUR, 1992, p. 244).

4.2.3 A Revolução Francesa e a construção do paradigma das diferenças sexuais

Durante a Revolução Francesa, e mesmo antes, os estudos anatômicos tentaram acompanhar os filósofos iluministas que escreviam sobre os papéis sociais e familiares, passando a relacioná-los aos dados anatomo-fisiológicos. Este feito inédito na história das ideias contribuiu para o desenvolvimento da concepção de “natureza biológica”, o que trouxe implicações na vida e nos direitos sociais e civis das mulheres e dos homens (LAQUEUR, 1992).

Embora houvesse pontuais discordâncias, quase todos os filósofos da época estavam de acordo com a leitura sobre a diferença “natural”, isto é, inscrita na tão célebre “Natureza”, conceito também em construção na época, por oposição à “Cultura” e a “Civilização”, postulando que entre homem e mulher há uma diferença irreduzível, que atinge a legitimidade de suas inserções sociais. Conforme Laqueur (1992, p. 242):

O sexo também foi um campo de batalha na Revolução Francesa [...] As promessas da Revolução Francesa – que a humanidade em todas as suas relações sociais e culturais podia ser regenerada, que as mulheres podiam atingir não só liberdades civis como também pessoais, que a família, a moralidade e as relações pessoais podiam ser renovadas – fizeram surgir não só um feminismo novo e genuíno como também um novo tipo de antifeminismo, um novo medo das mulheres, e fronteiras políticas que criaram fronteiras sexuais. A criação de uma esfera pública burguesa, em outras palavras, levantou com violência a questão de qual sexo (s) deveria ocupá-la legitimamente. E em todo lugar a biologia entrava no discurso.

Jean-Jacques Rousseau (1712- 1778), citado por Laqueur (1992) que o considera um antifeminista, pregava a distinção entre os sexos, com funções específicas: o homem comandava o país, a produtividade, enquanto as mulheres, subordinadas por natureza, cuidariam do lar e da reprodução. Nas palavras de Rousseau (1973, p. 424):

Uma mulher perfeita e um homem perfeito não devem assemelhar-se nem de espírito nem de fisionomia, e a perfeição não é suscetível nem de mais nem de menos. Na união dos sexos cada qual concorre igualmente para o objetivo comum, mas não da mesma maneira. Dessa diversidade nasce a primeira diferença assinalável entre as relações morais de um e de outro. Um deve ser ativo e forte, o outro passivo e fraco: é necessário que um queira e possa, basta que o outro resista pouco.

De acordo com Rodrigues (2007) e Tahon (1999), a construção da democracia moderna se deu à custa de uma exclusão das mulheres à cidadania, não apenas por explicações que giram em torno do patriarcado e do androcentrismo, mas por uma problemática política. O projeto rousseuriano empreendia uma complementação entre homens e mulheres por meio de uma divisão de papéis sociais, dos quais às mulheres restava a vida privada e a impossibilidade de reivindicar qualquer desejo pessoal para além do lar. Portanto, o papel da mulher seria criar condições para possibilitar que o homem pudesse produzir seu saber. Assim, uma mulher que se voltasse para as ciências e as letras seria o flagelo do marido, dos filhos e da família.

Ele também propunha um método educativo (ou de adestramento feminino) que, segundo Nunes (2000), se assemelhava a uma verdadeira tortura: cabia impor contínuas e permanentes “tarefas” às mulheres, dentre elas, a de contrariá-las em seu desejo desde cedo, como pode ser observado nas palavras de Rousseau (1973, p. 438-439):

[...] essa desgraça, se é que é uma, é inseparável de seu sexo, e dela nunca elas se libertam senão para sofrer outras bem mais cruéis. Estarão a vida inteira escravizadas a constrangimentos contínuos e severos, os do decoro e da inconveniência. É preciso exercitá-las desde logo a tais constrangimentos, a fim de que não lhes pensem; a dominarem suas fantasias para submetê-las às vontades dos outros. Se quiserem trabalhar sempre, dever-se-ia forçá-las a não fazer nada por vezes. A dissipação, a frivolidade, a inconstância, são efeitos que nascem facilmente de seus primeiros gostos corrompidos e sempre seguidos. Para prevenir tais abusos, ensina-lhes sobretudo a se dominarem (ROUSSEAU, 1973, p.438-439).

Nesta afirmativa acima, observa-se a demarcação da noção de mulher pecadora, a qual precisa ter sua sexualidade controlada, concepção que Diderot, filósofo iluminista e seguidor de Rousseau, também compartilha ao afirmar que as mulheres são no fundo “selvagens”. Contudo, Rousseau (1973) também argumentava que educar mulheres não seria uma tarefa

difícil, afinal, a educação seria apenas uma ampliação de características inatas e inerentes à condição feminina, tais como a capacidade de amar e se doar, que seriam melhores desenvolvidas, mas já fariam parte da “natureza” de uma mulher.

Entretanto, argumenta Nunes (2000), esta ênfase na educação feminina para a disciplina de seus desejos e sentimentos parece denotar um paradoxo na teoria rousseariana, pois se há uma essência natural nas mulheres – que pressupõe características como docilidade, passividade, dependência, bem como um corpo moldado para a maternidade e tarefas do lar – por que seria tão necessário doutrinar estas mulheres com contínua e permanente educação? Aqui se encontra a grande contradição: a mulher aparece, então, como perigosa, àquela que precisa ter seus desejos sobre controle para permitir a harmonia civilizatória.

Estas proposições realizadas pelos filósofos iluministas que exaltavam a natureza como determinantes na distribuição de papéis sociais eram justificadas por eles pela complementaridade entre homens e mulheres, isto é, as mulheres seriam perfeitas em suas especificidades, dotadas de características biológicas e morais adaptadas e condizentes com a função materna e a vida doméstica, ao passo que os homens teriam atributos biológicos que justificavam o domínio na esfera pública, ao trabalho e as atividades intelectuais.

De acordo com Laqueur (1992), as diferentes inserções sociais dos sexos passaram a ser legitimadas pelo determinismo natural dos corpos que delineavam diferentes universos para machos e fêmeas. Ao naturalizar e legitimar tal crença passou-se a legitimar também o domínio do homem sobre a mulher, de divisão sexual no trabalho e práticas culturais. Criaram-se características sociais na condição natural, marcando a exclusão feminina da nova sociedade civil.

Conforme analisa Birman (1999, p. 49),

Com efeito, se a antiga democracia grega foi constitutiva da tradição patriarcal no Ocidente – sendo então a política identificada com o universo masculino e o panteão religioso dominado por divindades masculinas –, a moderna democracia transformou efetivamente os fundamentos até então inquestionáveis do poder patriarcal, mas manteve inalteradas as fontes do poder masculino. Para isso, foi necessário forjar um novo discurso, precisamente sobre a diferença sexual, pelo qual o homem e a mulher teriam finalidades e inserções sociais bastante diversas, em consequência de suas naturezas diferenciadas e irreduzíveis uma à outra.

Mesmo excluídas de representações políticas e em número reduzido, as mulheres se fizeram presente desde o início da Revolução Francesa, participando de assembleias, pressionando deputados, distribuindo panfletos e manifestando-se. Contribuíram significativamente para instigar a todo o povo, a ralé, a rebelar-se contra os homens que

ocupavam o poder, os nobres, como no episódio dos dias 5 e 6 de outubro de 1789, quando lideraram o movimento que obrigou o rei Luis XVI a retornar a Paris e acatar decisões da assembleia popular. Mas o que é mais contundente nesta realidade de final do século XVIII, é que as mulheres, na Revolução Francesa, foram violentamente reprimidas, inclusive sendo proibidas as organizações femininas em 1793 (SCHIMIDT, 2012; ROUDINESCO, 1997).

Algumas vozes isoladas, como de Condorcet, advogado dos direitos femininos, tentaram lutar pela conquista de ambos os sexos como seres de razão. Mulheres letradas e politizadas como Olympe de Gouges, que propôs uma Declaração dos Direitos das Mulheres e das Cidadãs, foram guilhotinadas. Outras, que pegaram em armas e organizaram batalhões de amazonas, mulheres insurgentes, como Théroigne de Méricourt, foram tidas como alienadas e recolhidas aos hospícios (RODINESCO; PLON, 1997; SCHIMIT, 2012).

De acordo com Nunes (2000), é interessante observar a contradição imposta: mulheres não eram consideradas aptas para subir nas tribunas, não tinham capacidade de exercer o saber, nem ocupar funções políticas, entretanto poderiam ser consideradas responsáveis pelos seus atos, a ponto de morrerem por eles. Para esta autora,

Paralelamente as discussões político-jurídicas sobre o estatuto civil da mulher, pode ser observado um movimento de culpabilização daquelas que de alguma forma transgredirem esse modelo. A ideia de que as mulheres que se desviam do caminho que a sociedade e natureza lhe demandam é culpada de uma transgressão é cada vez mais disseminada, não só no pensamento de moralistas, médicos e filósofos, mas também nas mais diferentes manifestações artísticas e literárias (NUNES, 1995, p. 50).

Essa afirmativa é muito importante para esta pesquisa, uma vez que denota que há algo da cultura que se impõe às mulheres que visam viver sua sexualidade livremente e ter posturas ativas, contrárias às imposições da cultura. A própria sociedade, pela via da repressão, parece punir e culpabilizar mulheres que transgridem leis sociais. Estas, por sua vez, pautadas em uma moral sexual civilizada machista.

Assim, ao final deste período, o projeto de ordem familiar sonhado por Rousseau ganha força de lei e as mulheres francesas precisaram esperar cento e cinquenta anos para adquirir o estatuto de cidadã com direito ao voto. Por outro lado, o homem passou a ser reconhecido em sua potencialidade de contribuinte social, marcado pela razão, o que o aproximaria da civilização. Birman (1999, p. 56), então, sintetiza:

entre os pólos do sentimento e da razão, ou então entre a natureza e civilização, esboçou-se no imaginário coletivo, a cartografia moral da diferença sexual, que seria

consequência direta da natureza biológica diferenciada entre o ser do homem e o da mulher.

É dentro desta perspectiva naturalista que os espaços sociais e a distribuição de poder foram circunscritos: os espaços públicos e o registro dos direitos aos homens e o espaço privado e os costumes morais às mulheres.

4.3.4 A mulher sem paixão

A mulher considerada sem paixão foi uma das manifestações desse contexto do novo paradigma do sexo: o das diferenças sexuais. Desde a Antiguidade até o Iluminismo, acreditava-se que a concepção estava diretamente relacionada ao orgasmo, que devia ocorrer em homens e mulheres como parte de um processo de fecundação. Entretanto, com o descolamento do orgasmo do ato de reprodução, a mulher passou a ser vista como ser passivo, “anestesiada de seus prazeres carnis”, devido sua capacidade de controle em relação aos desejos sexuais (LAQUEUR, 1992, p. 15).

Desta maneira, a mulher deixa de ser associada à sensualidade e passa a ser reconhecida, ao final do século XVIII, como ser que se preocupa com o relacionamento, porém distante de sentimentos sexuais, enquanto o homem passou a ser visto como o ser que deseja o sexo, por isso, Laqueur (1992, p.16) afirma: “a presença ou ausência do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual”.

Esta mudança teve efeitos enormes e ainda hoje se mantém como uma marca das diferenças entre homens e mulheres, aqueles condenados a dupla moral que permite uma sexualidade normatizada na família e outra hipocritamente clandestina, e estas destinadas ao quase inaudível, mas atuante, tabu da virgindade e ao regime de fidelidade no casamento.

Birman (1999) considera que ao destituir a mulher do erotismo e ao considerar que as faculdades femininas seriam definidas por potencialidades naturais de cuidar e acolher o outro se conservou a marca e evidência maior da sociedade patriarcal, a assimetria e hierarquia dos sexos. A luta por igualdade de direitos na Revolução francesa não logrou derrubar a valorização da maternidade e o cuidado ao lar como função das mulheres, afastadas da política, que se tornou dominante até os nossos dias.

4.4 MATERNIDADE *VERSUS* DESEJO: as marcas do cristianismo

No final do século XIX e início do século XX, momento em que nasce a psicanálise, a cultura europeia produzia um discurso que visava promover uma perfeita adequação entre as mulheres e o conjunto de atributos, funções, predicados e restrições que definia sua natureza e que era denominado de feminilidade. A feminilidade, portanto, passou a ser marcada por virtudes que envolviam o recato, a docilidade, afetividade mais desenvolvida, a receptividade passiva em relação aos desejos e necessidades dos homens e a geração dos filhos. Desta forma, a mulher foi definitivamente associada à maternidade – compreensão que será melhor abordada no capítulo sobre a primeira tópica da sexualidade feminina na teoria freudiana (KEHL, 2007).

De maneira paradoxal, acreditava-se que a natureza feminina precisaria ser domada pela sociedade e educação para não desviar as mulheres do destino de sua essência, isto é, esposa e mãe. Portanto, era preciso que a mulher “se mantivesse inocente sexualmente e maleável socialmente” (ALMEIDA, 2012, p. 30).

Ceccarelli e Salles (2010) afirmam que, embora os valores ético-morais ocidentais encontrem suas raízes na tradição judaico-cristã, o legado pessimista que hostiliza o corpo e o asceticismo em relação aos prazeres deriva de considerações médicas cuja origem remonta à Antiguidade, não constituindo objeto de estudo deste trabalho. Contudo, é pertinente salientar que o estoicismo – cuja influência se deu, sobretudo, de 300 a.C. a 250d.C. – foi a escola filosófica antiga que realizou uma radical transformação em relação a importância que os filósofos gregos destinavam a busca dos prazeres, deslocando a sexualidade para vivência exclusiva no casamento.

Contudo, posteriormente, o cristianismo passa a considerar o prazer carnal no ato conjugal um problema teológico e começa então a questionar o próprio casamento, tendo como uma de suas maiores implicações o celibato. Como representantes que contribuíram para a manutenção do negativismo em relação ao prazer sexual característico da influência estoica, destacam-se os grandes padres da igreja: Agostinho, Jerônimo e Tomás de Aquino (CECCARELLI; SALLES, 2010B).

Segundo Ceccarelli e Salles (2010b), estes padres foram responsáveis pela crença de que sexo só se justifica pela reprodução, caso contrário, haveria a vivência pelo estigma negativo do prazer. Estes autores consideram que a interpretação em relação ao Antigo Testamento e o capítulo 3 do Livro dos Gênesis mostra nitidamente o deslocamento do

pecado para a sexualidade, pois, inicialmente, o Antigo Testamento coloca a origem do pecado na desobediência, que é tentada a igualar-se a Deus. Contudo a origem do mal deixa de ser esta tentativa de equiparar-se ao Pai divino e passa a ser a sexualidade, havendo, então, uma “sexualização” do pecado original. Conforme suas palavras:

Ao colocar a origem do mal na sexualidade, ou seja “sexualizar” o pecado original, Agostinho deixou seu maior legado à moral cristã: a concupiscência foi o pecado original; o homem é fruto do pecado. Esta concepção fez do mundo algo entravado pelas exigências do corpo que impediam o acesso à alma; o ser humano tornou-se fragilizado e culpabilizado pelo desejo, o que levou a uma exaltação sem precedentes da virgindade. Mais ainda, a visão sexualizada do pecado original faz do homem uma vítima indefesa de uma mulher inescrupulosa e sem princípios que o seduz, levando-o a pecar; pecado este que é sempre sexual. Surge daí a imagem negativa da mulher, concepção ainda presente no ocidente, como a responsável pela queda; em contrapartida o homem aparece com um ser espiritual em sua origem, mas vítima indefesa da mulher diabólica (CECARELLI; SALLES, p.22).

Portanto, no século XIX, o cristianismo desarticulou o registro do prazer e da reprodução: sexo sem fins reprodutivos passa a ser tido como pecado. A mulher, em sua essência casta, deveria seguir o caminho virtuoso da maternidade e do lar. Ser mãe passa a ser considerado um instinto e um imperativo do ser mulher, enquanto o desejo e prazer feminino passam a ser vistos como maléficos, pecaminosos, verdadeira obra do diabo (BIRMAN, 1999).

Com o erotismo esvaziado de virtudes e estigmatizado como negatividade, a mulher desejanse passou a figurar uma possibilidade real para o mal e para o desvio social, considerada perigosa, precisando ser corrigida medicamente em nome da higiene social, com fim a impedir a degeneração da espécie (BIRMAN, 1999).

Sobre este momento histórico, Kehl (2007) considera que as circunstâncias sociais subjogavam a mulher a uma posição de “feminilidade” forjada pelo discurso masculino, produto da nova ordem familiar burguesa.

Conforme foi apontado ao longo do capítulo, por meio da exposição do paradigma do sexo único e da diferença sexual, coube à figura feminina uma série de criações construídas ao longo da história do ocidente que passaram a definir características, essências e papéis sociais como inerentes a constituição inata das mulheres.

O movimento histórico também apontou a assunção da maternidade e do espaço privado, em detrimento do prazer feminino, considerando aquelas que se afastavam destas normas sociais como perigosas, fato que encontrou apoio na doutrina religiosa, que criou a imagem da mulher sensual, diabólica, como um mito de origem, o mito do Adão e Eva. Se Maria é considerada santa por ter gerado um filho de Deus, sem ter praticado o pecado do

sexo, a Eva recai o peso do pecado original. Logo, há um antagonismo entre a mulher mãe, casta, e a mulher pecadora (CECCARELLI, 2007b).

Os ideais sociais pertencem ao mundo externo e oferecem possibilidades identificatórias às pulsões. Estas concepções presentes no imaginário social fazem parte da gama de discursos produzidos nas relações desde os primeiros momentos de vida. O lugar ocupado pela criança no desejo dos pais questão profundamente atravessados por questões culturais pode repercutir na construção de ideais de mulher, que fará parte da vida de muitas cidadãs, ultrapassando, por vezes, classes sociais. Sobre esta compreensão Ceccarelli (2007b,p.32) afirma: “é na constituição das instâncias ideais e superegóicas que se entrelaçam os mitos coletivos e os individuais: o ideal do Eu é marcado pelo ideais coletivos”.

Em relação a aids, conforme afirma Moreira (1992), seu diagnóstico produz perdas narcísicas graves, que podem levar a carência de toda representação identitária do sujeito. No caso das mulheres, muitas depararam com uma nova representação: a de “aidética”. Para além de um corpo emagrecido e adoecido, irá propiciar a aproximação com as representações dos estigmas que a aids carrega: uma mulher de sexualidade promíscua, uma mulher prostituta. Para Ceccarelli (2007, p. 181):

[...] a maneira como uma cultura entende a noção de normalidade e de patologia, de certo e de errado, de doença e de cura, a apreensão que temos do nosso corpo e a leitura que dele fazemos, enfim, as construções sintagmáticas para “ler o mundo” são tributárias dos mitos de origem da cultura em questão.

Na cultura ocidental, é o imaginário judaico-cristão, cujas origens remontam aos mitos fundadores, tal como relatados na Bíblia, que se encontram as bases do discurso ideológico que define a concepção dos papéis sociais na família, bem como o lugar social do homem e da mulher, as relações sexuais aceitas e as proibidas, criando a percepção de alguns valores como “universais”, tal como nos demonstra Ceccarelli (2007).

Para este autor, o mito da perda do paraíso utilizada na Bíblia justifica uma estrutura patriarcal e a posição das mulheres na sociedade, continua atual. Ele analisou uma carta publicada há dez anos, em 31 de julho de 2004, pelo Papa Bento XVI, o Cardeal Prefeito Ratzinger, demonstrando como a igreja católica ainda concebe às mulheres o espaço familiar, responsabilizando a violência social pelo fracasso destas no seu papel que culminaria numa fragilidade da família.

Diante deste cenário cultural e destas práticas discursivas sobre a sexualidade feminina, o diagnóstico de aids parece revelar-se insuportável não apenas pela possibilidade de finitude, mas também pela perda de ideais da mitologia individual de cada mulher devido as

construções ideológicas de que uma mulher é aquela que assume a função de esposa e mãe, nos moldes de uma matriz heteronormativa. Esta ideologia parece ser determinante na construção subjetiva das mulheres na cultura ocidental, mesmo que seja para posicionar-se contra elas.

A aids irá despedaçar esta imagem identificatória imposta a figura feminina, próxima a Maria, aproximando-se de uma nova identificação, tão estigmatizada socialmente. Aquela proposta pelo mito de origem judaico-cristão em que a mulher é pecadora e nociva à sociedade, tal como a Eva que é responsabilizada pela queda do paraíso.

CAPÍTULO V

5AS MULHERES E A REPRESSÃO SEXUAL E POLÍTICA DA MODERNIDADE

O capítulo anterior abordou um percurso histórico sobre dois paradigmas que envolveram o sexo na história do ocidente: o modelo do sexo único e o modelo da diferenciação sexual. Foi afirmado, a partir da leitura de Laqueur, que ambas as concepções constituíram as práticas discursivas em torno da sexualidade ao longo da história, sendo o sexo único o modelo predominante da Antiguidade até meados do século XVIII, substituído paulatinamente pelo novo modelo de ciência biológica que passou a determinar uma essência de gênero a partir da natureza dos sexos.

Afirmamos que esses modelos constituíam-se como “verdades” que agiam sobre os sujeitos como naturais ao seu pensamento e que pautavam a maneira de ler o mundo e de se relacionar com ele, estando presentes na moral social, nas leis sobre o casamento, na fidelidade, filiação e nas regras e tabus que envolviam a sexualidade. Portanto, compreendemos que estes modelos estiveram estreitamente relacionados com a solidez do patriarcado, assim como dificultaram a liberdade das mulheres e novas configurações da modernidade devido se constituírem como justificativa para a repressão da sexualidade feminina.

Este capítulo busca trazer à luz a estreita relação entre o sofrimento psíquico das mulheres e o início da psicanálise. Freud, que iniciou sua vida profissional na medicina em meio à dissecação de cérebros e entre laboratórios de fisiologia e anatomia, após um grande interesse pelo estudo dos neurônios, dedica sua atenção à psicopatologia apresentada nos instigantes sintomas histéricos das mulheres vitorianas.

Contudo, antes de adentrarmos a história da psicanálise, faz-se importante contextualizar, mesmo que minimamente, o momento sócio-histórico vigente, posto que o sofrimento psíquico das mulheres não estava descolado da realidade cultural, econômica e política. Assim sendo, acredita-se que tal contexto foi determinante não apenas para a formação intelectual da época, mas para o surgimento dos quadros clínicos que lotavam os Hospícios.

Voltaremos brevemente ao teórico Michel Foucault (1988) em “História da Sexualidade”, reconhecendo a contribuição desse pensador à compreensão do panorama histórico que possibilita refletir sobre o que se impunha às mulheres do século XIX.

Até meados do século XVII, os discursos estavam pautados pelos dogmas da igreja católica, fato que passou a se diferenciar paulatinamente, pois, neste espaço de tempo, houve a variedade concomitante de enunciados organizadores da subjetividade criando-se novos *experts* nas diversas áreas como biologia, medicina, psiquiatria, psicologia, etc (FOUCAULT, 1988).

O discurso religioso que controlara a sexualidade dentro do próprio casamento, condenando toda e qualquer prática além da vida conjugal voltada a reprodução e que tinha como dispositivo de poder a confissão, agora se depara com novos saberes, os quais passam a regular a sexualidade por afirmativas pautadas no corpo orgânico, normatizando as práticas sexuais. Criam-se verdadeiras ideologias em torno do onanismo e da sodomia, ambas consideradas perigosas à vida sadia (FOUCAULT, 1988).

Assim, dentro de uma perspectiva higienista e repressiva, os psiquiatras e sexólogos do século XIX passam a debater sobre os efeitos nocivos da sexualidade como tudo aquilo que diverge da natureza, isto é, toda prática e pensamento que afaste a sexualidade da vida conjugal voltada para a reprodução (SALLES; CECCARELLI, 2010).

A família passou a se tornar o lugar obrigatório de afetos, de sentimentos, de amor. A sexualidade a ter, como ponto privilegiado de eclosão, a família. Portanto, pode-se afirmar que a família passou a ser o local de convergência entre discursos e dispositivos de diversas origens (FOUCAULT, 1988).

Kehl (2007, p. 36), em sua leitura da obra de Foucault, considera que este conjunto de fatores fez com que novos adoecimentos eclodissem na modernidade. Em suas palavras, “é neste sentido que podemos arriscar a hipótese de que o sujeito moderno coincide com o neurótico, ou melhor: a neurose é a resposta possível para os impasses e demandas conflitantes que incidem sobre o sujeito moderno”.

A relação entre civilização e adoecimento psíquico foi a tese de Freud indicada em “Moral Sexual Civilizada”, de 1908, e desenvolvida em “Mal estar na Cultura” (1933), em que a neurose é fruto do antagonismo entre civilização e vida pulsional. Kehl (2007) desenvolve a tese de Freud ao afirmar que a ascensão da burguesia culminou para o desenvolvimento de uma expressiva manifestação de sintomas histéricos.

Apesar de a histeria não ser uma nova patologia, o contexto vigente no século XIX culminou em um grande número de mulheres apresentando sintomas histéricos como a conversão. O paradigma da diferenciação sexual ao longo da Revolução Francesa apresentou, então, grande importância na emergência destas sintomatologias.

No capítulo anterior narramos o impacto das ideias da Revolução Francesa para a diferenciação dos sexos de natureza biológica. Mais além, mostramos o papel importante das mulheres neste contexto histórico e a severa repressão que sofreram através de drásticas estratégias de contenção, como as numerosas internações em hospícios e, até mesmo, a morte. Para a manutenção do poder masculino foi necessário conter as mulheres. Por isso, era preciso um discurso que justificasse as organizações sociais entre os homens e mulheres e suas desigualdades sociais e políticas. Assim, durante a Revolução Francesa e após os ideais iluministas sobre as mulheres, de Rousseau e outros filósofos do século XVIII, emergiu uma ideia de feminilidade construída a partir da perspectiva dos homens, sobre a qual Kehl (2007) nos situa,

[...] a família nuclear e o lar burguês – tributária de um padrão de feminilidade que sobrevive ainda hoje, cuja principal função é promover o casamento, não entre a mulher e o homem, mas entre a mulher e o lar. A segunda função da feminilidade nos moldes modernos foi a adequação entre a mulher e o homem a partir da produção de uma posição feminina que sustentasse a virilidade do homem burguês [...] Esses discursos fazem parte do imaginário social moderno, transmitido através da educação formal, das expectativas parentais, do senso comum, da religião e da grande produção científica e filosófica da época, que determinava o que cada mulher deveria ser para ser verdadeiramente uma mulher. Mas como o imaginário social nunca é unívoco – característica que se acentua intensamente na modernidade –, outros discursos e outras expectativas entraram em choque com os ideais de autonomia de todo sujeito moderno. Aos ideais de domesticidade contrapunham-se os de liberdade, à ideia de uma vida predestinada ao casamento e à maternidade contrapunha-se a ideia, também moderna, de que cada sujeito deve escrever seu próprio destino, de acordo com sua própria vontade (KEHL, 2007, p. 44, *grifo meu*).

Em seu percurso, Kehl (2007) aprofunda a análise sobre o nascimento do sujeito moderno e o padrão de feminilidade. Contudo, não é escopo deste trabalho deter-se em tal debate, já realizado com maestria pela autora. Porém, cabe ressaltar sua afirmativa de que o contexto emergente da Revolução Francesa culminou para a existência e criação de um padrão de feminilidade.

O padrão de feminilidade, tal como apresentado por Kehl (2007), surgiu como um recurso para domar a natureza feminina por meio da educação e do controle social visando manter as mulheres no espaço privado, isto é, destinadas a maternidade e aos cuidados do lar. A justificativa filosófica da época se apoiava na ideia de que tais funções faziam parte da natureza feminina, portanto, as mulheres precisavam ser educadas para cumprir “o caminho para o qual eram predestinadas”.

Segundo Kehl (2007), o padrão de feminilidade buscava adequar as mulheres a um conjunto de atributos e funções que eram amparados na concepção de essência natural

feminina, isto é, características, formas de pensar, agir e sentir que seriam determinadas, marcadas a partir do sexo. Entre eles, a associação das mulheres ao recato, a docilidade, compreensão, propensão para cuidado do outro, receptividade passiva aos desejos dos homens e, posteriormente, dos filhos.

Assim, as mulheres ainda tinham a função de sustentar a virilidade do homem burguês, pois cabia a elas serem passivas aos desejos de seus maridos e oferecerem um lar de acolhimento para que esse homem pudesse ser viril e forte no espaço que lhe cabia, o espaço social, coletivo. Daí a famosa frase, “Por trás de todo grande homem, há uma grande mulher”.

Essa produção discursiva sobre a mulher não ocorreu sem mazelas, afinal, um ideal de sujeito com autonomia também estava em evidência. Desta forma, conforme nos afirma Kehl (2007), a mulher se viu diante de uma encruzilhada: ser sujeito com ideal de autonomia ou colocar-se como objeto do discurso do Outro, pautado tão somente nos ideais de feminilidade criados neste contexto sócio-histórico.

Estas novas injunções da modernidade exigiam a adaptação das mulheres que, por sua vez, acabavam por adoecer. O adoecimento destas mulheres seria, portanto, uma solução, uma saída psíquica para o conflito psíquico entre as exigências da civilização e as pulsões sexuais.

5.1 O SURGIMENTO DA PSICANÁLISE: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MULHER E A MEDICINA

É neste contexto que, ao final do século XIX, as mulheres adoeciam e eram apresentadas no discurso da medicina como objeto de estudo científico, hospitalizadas, tratadas e observadas, em nome do progresso desse conjunto de disciplinas que formam a profissão médica, seja como melancólicas, hipocondríacas, débeis, histéricas, loucas ou hipnotizadas. Quadros sintomatológicos intrigantes – como a paralisia dos membros, mutismo, dores, angústia, convulsões, contraturas, cegueira, etc – desafiavam a racionalidade científica diante da impossibilidade de explicação neurofisiológica que definissem uma causa e tratamento (SEGLÁS, 1891; RODINESCO E PLON, 1998; ENDO E SOUZA, 2013).

Para os grandes alienistas do século XIX havia o interesse de mantê-las encarceradas nos sanatórios e hospícios, deteriorando-se física e psiquicamente, dada sua incapacidade de

oferecer terapêutica eficaz, o que as levava a sucumbir nesses manicômios insalubres, conforme nos apresenta Séglas (1892)⁴.

Os estudos dos alienistas eram concentrados no sistema nervoso e, às vezes, apenas no cérebro, sem levar em conta o restante do organismo. Tendo suas observações publicadas principalmente a partir da análise de mulheres, os alienistas realizavam seus estudos em pensionatos e asilos particulares, apesar de haver casos em asilos públicos, demonstrando a aliança da medicina com a burguesia na produção da loucura (SÉGLAS, 1892).

O Hospital da Salpêtrière, antigo arsenal construído sobre Luís XIV, alojava as mulheres, tidas como loucas, isoladas em um setor especial das incuráveis, mantendo-as acorrentadas. Elas eram abandonadas seminuas em meio a péssimas condições de higiene onde eram servidas, através de grades, comidas como sopa fria e dejetos, isto é, eram tratadas de forma desumana, como verdadeiros animais (RODINESCO; KAPNIST, 1997).

Abandonadas nesses locais, em geral pagos pela burguesia em ascensão, alguma vez pela nobreza decadente, outras recolhidas em hospitais públicos, as mulheres eram examinadas e estudadas para a produção de artigos e livros que davam conta de sua total insanidade, em geral morrendo nestes locais, sem nunca mais ter contato com suas famílias (SÉGLAS, 1892, RODINESCO, 1997).

É neste contexto que Freud, quando ainda um jovem médico neurologista, debruçou-se aos estudos sobre a histeria, sintomatologia que afetava, segundo a crença médica da época, apenas as mulheres e que tinha pouca credibilidade, sendo alvo de menor interesse entre seus colegas de profissão, devido à ausência, jamais encontrada, de uma etiologia orgânica. De acordo com Freud (1888, p. 77),

[...]o nome “histeria” tem origem nos primórdios da medicina e resulta do preconceito, superado somente nos dias atuais, que vincula as neuroses às doenças do aparelho sexual feminino. Na idade média, as neuroses desempenharam um papel significativo na história da civilização; surgiam sob a forma de epidemias, em consequência de contato psíquico e estavam na origem do que era factual na história da possessão e da feitiçaria. Alguns documentos daquela época provam que sua sintomatologia não sofreu modificações até os dias atuais [...] a histeria teria sido a *bête noire* da medicina. Os pobres histéricos, que em séculos anteriores tinham sido lançados à fogueira ou exorcizados, em épocas recentes ou esclarecidas, estavam sujeitos à maldição do ridículo. Seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero.

Conhecida desde a Antiguidade, no final do século XIX, a histeria passa a ser considerada como uma doença do útero. Os investimentos dos pesquisadores austríacos da

⁴ Uma descrição clara desta situação pode ser encontrada em Séglas (1892), médico francês que publicava artigos científicos nos quais oferecia uma descrição muito precisa dos casos clínicos estudados pela medicina, servindo de fonte histórica para a compreensão deste período e desenvolvimento deste trabalho.

Universidade de Viena nas doenças nervosas pouco apresentavam resultados eficazes para a prática médica. Ali nascia a fisiologia experimental, tendo como representante Ernst Brucke, e a psiquiatria de Meynert, que dissecava cérebros no laboratório e atendia pacientes no hospital Geral de Viena. Já a neuroanatomia desenvolvia-se em Berlim, no laboratório do Prof. Ludwig Edinger (1855-1918), conforme relato de Freud (1925 [1924]).

Apesar da vasta experiência de estágio em hospitais vienenses, como o internato médico e o serviço militar, Freud considerou que alguns aspectos prejudicavam sua formação, já que pretendia tornar-se um médico de doenças nervosas. Dentre eles, a constatação de poucos especialistas na área e a dificuldade de acesso aos pacientes, já que “o material de estudo” era distribuído por numerosos departamentos no hospital. Era necessário um grande esforço e dedicação, conforme se observa no relato de Freud: era preciso que “o médico se forçasse para ser o professor de si” (1925[1924], p. 17).

Freud fora atuante do laboratório de fisiologia e, posteriormente, do instituto de anatomia cerebral. De acordo com seu relato, recusou convite de Meynert (1833-1892) – professor de psiquiatria que lhe oportunizara acesso ao laboratório – para dedicar-se à investigação da anatomia do cérebro (FREUD, 1925[1924]).

É interessante observar que Freud, apesar de ter se dedicado aos estudos anatomo-fisiológicos, como era esperado, e relatar um grande interesse pelos estudos dos neurônios, destacando-se na área, demonstrava que nem sempre a prática da medicina o atraía como se pode ler em sua autobiografia, conforme suas palavras:

[...]nem naquela época [referindo-se ao momento de sua escolha profissional], nem mesmo depois, senti qualquer predileção particular pela carreira de médico. Fui, antes, levado por uma espécie de curiosidade, que era, contudo, dirigida mais para as preocupações humanas do que para os objetos naturais” (FREUD, 1925[1924], p. 18).

Porém, sabido seu interesse em dedicar-se as preocupações humanas, foi atraído pelas teorias de Darwin e pelo ensaio de Goethe sobre Natureza, os quais o fizeram decidir ingressar na medicina.

Decidido a dedicar-se às doenças nervosas, dirigiu-se à Paris e tornou-se aluno da Salpêtrière, em busca da aproximação do nome que brilhava como referência nestes estudos, Jean-Martin Charcot (1825-1893), ou o “Napoleão das histéricas”, conforme nomeiam ironicamente Rodinco e Kapnist (1997). Sobre este momento, Freud narra em carta para sua esposa Marta:

[...]a razão é que passei ontem e hoje na Salpêtrière, onde tudo correu melhor do que eu esperava. Já estou no meio do trabalho e cheio de esperança. Por um depósito de 3 francos a administração do hospital me deu a chave de um armário do laboratório e um tablier (avental). No recibo sou tratado como “M. Freud, eleve de medicine”. Quando cheguei à Salpêtrière ontem de manhã estava sendo dada consulta de ambulatório – consultation externe. Em uma sala se sentavam os pacientes, em outra, pequena, vários médicos visitantes, os internos e o Chefe de Clinique M. Marie, que examinava os pacientes à medida que estes eram introduzidos um a um. Às dez horas chegou M. Charcot, homem alto de 58 anos, usando cartola; tem olhos escuros, estranhamente suaves (ou as melenas presentes, um deles, o outro não tem expressão e é vesgo para o canto), longas melenas presas atrás da orelha, bem escanhoado, traços muito expressivos com lábios bem salientes – em resumo, como sacerdote do mundo de quem se espera um espírito ágil, e apreciado bom viver. Sentou-se e começou a examinar os clientes. Fiquei muito impressionado com a sua maneira brilhante de diagnosticar e com o vivo interesse que tomava por tudo, tão diferente daquilo que estamos acostumados a ver nos nossos grandes homens com sua capa de distinta superficialidade (FREUD, 1884, p.208).

Segundo Rodinesco e Kapinist (1997), o Hospital da Salpêtrière trancava de cinco a seis mil mulheres. Elas serviam de material de experiência, em que Charcot, através de um método específico e de classificação buscava realizar uma tipologia, uma sintomatologia das afecções misteriosas que atingiam os humanos. Ele adormecia as mulheres e fazia desaparecer provisoriamente os sintomas histéricos, como as contrações. Ele usava o hipnotismo para demonstrar que a histeria era uma neurose funcional e sem ligação com o útero.

Freud impressionou-se com as investigações de Charcot sobre a histeria, como a afirmação da ocorrência da histeria também em homens, a produção de sintomas histéricos pelo método hipnótico e a autenticidade dos fenômenos histéricos. Como médico neurologista reconhecia que, neste momento, “a anatomia do cérebro e a indução experimental de paralisias histéricas absorviam todo meu interesse” (FREUD, 1914, p.24).

Ao final de seus estudos na Salpêtrière, apresentou a hipótese de que a histeria não estaria em conformidade com fatos anatômicos, porém não obteve reconhecimento esperado por seu mestre. Freud (1914), entretanto, jamais negou a importância de Charcot que possibilitou alicerces para mais tarde desenvolver um novo pensamento. Dentre seus ensinamentos, concluiu: “aprendi a controlar as tendências especulativas e a seguir o conselho não esquecido de meu mestre Charcot: olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas” (FREUD, 1914, p. 33).

Ao retornar à Viena, como especialista em doenças nervosas, sofreu intensa resistência dos médicos locais e com o tempo foi excluído do laboratório de anatomia cerebral. Freud, que já conhecera Josef Breuer e tomara conhecimento de sua dedicação aos casos de histeria, recorreu às suas observações e juntos passaram a debater sobre casos clínicos, iniciando uma

parceria que culminou na publicação do famoso “Estudos sobre a histeria”, em 1895 (FREUD, 1925[1924]).

Segundo Rodinesco (1997), “Estudos sobre a histeria” é um livro que não se propõe curar a histeria, mas que aborda a forma de tratá-la. O método catártico que Breuer e Freud passaram a aplicar foi o início da terapia pela fala, em que se utilizava a hipnose para que o paciente respondesse perguntas que pareciam não estar na consciência.

Através do método catártico, Freud e Breuer passaram a conduzir a paciente à cena traumática na qual o sintoma surgira, esforçando-se para descobrir o conflito mental e liberar a emoção nela reprimida. Descobriram também o processo característico da neurose chamado de regressão e perceberam sua importância, levando-os aos anos da infância dos pacientes, que até então permaneciam inacessíveis (FREUD, 1914).

A parceria de Freud e Breuer não perdurou devido a divergência de ambos em relação ao mecanismo psíquico da histeria. Enquanto Breuer dava preferência à fisiologia, Freud observava a tendência e motivos da vida cotidiana dos pacientes e encarava a divisão psíquica como efeito de um processo de repulsão que denominava de defesa e que depois foi chamado de “repressão”. Assim, conforme suas próprias palavras: “dentro de pouco tempo minha teoria da defesa passou a se opor à teoria hipnóide de Breuer” (FREUD, 1914, p.22).

Freud, em 1914, reconheceu que o método catártico de Breuer fora um estágio preliminar ao surgimento da teoria psicanalítica e que a psicanálise propriamente dita tem início com o fim deste método e com a assunção da técnica de associação livre, isto é, do paciente falar o que lhe vier à cabeça. Segundo Freud (1914, p. 25),

[...]entre os outros novos fatores que foram acrescentados ao processo catártico como resultado de meu trabalho e que transformou a psicanálise, posso mencionar em particular a teoria da repressão e da resistência, o reconhecimento da sexualidade infantil e a interpretação e exploração dos sonhos, como fonte de conhecimento do inconsciente.

Indo de encontro à visão médica, neurológica e da nascente psiquiatria, que aos poucos substituíam os alienistas do século XVIII, Freud, impulsionado em compreender a etiologia do mal que afetava estas mulheres, ouviu o que lhes era recalcado em meio a uma sociedade severamente repressiva e, buscando dar novos sentidos aos seus sintomas, descobriu desejos ocultos pelo recalque que falavam de uma sexualidade que não encontrava outra forma de expressão (NUNES, 2000). Sobre este momento, Rodinesco e Kapinist (1997) afirmam:

Na Salpêtrière o sexo das mulheres fala através de convulsões. Nenhuma experiência de laboratório conseguirá resolvê-las. Com a criação da psicanálise, os gritos e movimentos de carne podem ser ouvidos, verbalizados. Eles se tornam linguagem. Condenadas a se tornarem esposas e frígidas como suas mães, essas jovens pacientes aspiram secretamente por outra vida, mas ninguém as escuta. Incapazes de enfrentar seus destinos, elas adoecem. A histeria é a linguagem desse desejo refreado no âmbito da razão [...]. A histeria foi a doença que Freud se apoderou na virada do século para alertar os homens sobre suas feridas originais. A psicanálise é um modo particular de falar da angústia, do esquecimento, da lembrança, do tempo, da tortura (RODINESCO; KAPINIST, 1997).

Dar voz às mulheres e propor uma teoria da sexualidade não foi um feito sem repúdio, exigiu-lhe um trabalho árduo. Freud (1914) refere ter sacrificado sua popularidade como médico e ter restringido o número de clientes nas horas de consulta para poder proceder a uma investigação sistemática dos fatores sexuais em jogo na causação das neuroses nas pacientes. Também sofrera dificuldade para difundir sua teoria, conforme observamos em seu relato,

[...] o silêncio provocado pelas minhas comunicações, o vazio que se formou em torno de mim, as insinuações que me foram dirigidas, pouco a pouco me fizeram compreender que as afirmações sobre o papel da sexualidade na etiologia da neurose não podem encontrar o mesmo tratamento dado ao comum das comunicações. Compreendi que daquele momento em diante eu passara a fazer parte do grupo daqueles que “perturbam o sono do mundo” como diz Hebbel e que não poderia contar com objetividade e tolerância [...] Ocasionalmente, um colega fazia referência a mim em uma de suas publicações – sempre muito curta e nunca lisonjeira – em que eram usadas palavras como “excêntrico”, “extremista”, ou “muito estranho” (FREUD, 1914, p.31-32).

Afinal, pensar a sexualidade como a etiologia das neuroses ia de encontro a moral que envolvia a posição da medicina. Esta afirmativa é bem representada em um dos textos pré-psicanalíticos publicado em 1898, quando Freud demonstra a dificuldade dos médicos em adentrar na sexualidade das pacientes. Portanto, iremos recorrer a esta obra a fim de demarcar, com as palavras de Freud, sobre a moral sexual e a medicina:

[...]o médico, segundo ouço dizer, não tem o direito de se intrometer nos segredos sexuais de seus pacientes, nem de ferir grosseiramente seu recato (especialmente tratando-se de pacientes do sexo feminino) com interrogatórios desse tipo. Sua mão inábil só conseguirá arruinar a felicidade da família, ofender a inocência dos jovens e usurpar a autoridade dos pais; e no que concerne aos adultos, ele passará a partilhar de conhecimentos incômodos e destruirá suas próprias relações com os pacientes. A conclusão, portanto, é que é seu dever ético manter-se afastado de toda a questão sexual (FREUD, 1898, p. 251-252).

Freud (1898, p. 252), entretanto, não concordava com tal “puritanismo” – termo empregado por ele neste texto – e argumenta que se o sexual precisara ser reconhecido como causa da doença, era dever do médico debruçar-se sobre a investigação e discussão do tema.

Esta postura equivocada, de esquivar-se diante do sexual, já havia acarretado em consequências penosas para as mulheres outrora, conforme seu relato:

Mulheres mais velhas que passaram sua juventude nas províncias, contaram como, em curta época, ficaram reduzidas a um estado de esgotamento por hemorragias genitais excessivas porque não conseguiam decidir-se a permitir que um médico contemplasse sua nudez (FREUD, 1989, p. 252).

No trecho citado acima, pode-se observar que a moral sexual que incidia principalmente sobre as mulheres acarretava malefícios físicos, o que levou com que médicos jovens tomassem uma nova postura ética, a de tratar o corpo feminino. Contudo, tal postura parecia ainda precisar galgar um progresso, pois falar sobre a sexualidade feminina com a paciente e adentrar na sexualidade como etiologia da neurose ainda era fator de resistência, conforme pode ser observado em suas palavras: “Eu tive que pagar caro por esse pedacinho de sorte. A resistência foi forte e implacável” (FREUD, 1938).

Freud iniciou um trabalho diferenciado tendo como marca a escuta e rompeu com discurso hegemônico do século XIX ao entender a histeria como um conflito psíquico entre sexualidade e exigências do Eu, da realidade externa e da moral cultural. Para Nunes (2000, p. 17-18):

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

Kehl (2007) também compartilha deste pensamento ao afirmar que:

A histeria é a “salvação das mulheres” justamente porque é a expressão (possível) da experiência das mulheres, em um período em que os ideais tradicionais de feminilidade (ideais produzidos a partir de uma ordem familiar burguesa) entraram em profundo desacordo com as recentes aspirações de algumas dessas mulheres enquanto sujeitos (KEHL, 2007, p. 182).

De acordo com a autora, a crise vivida pelas mulheres é resultado do conflito entre os anseios de tornarem-se sujeitos de um discurso, e seu lugar preestabelecido como objeto do discurso formado pelos ideais de feminilidade de seu tempo, como já apontado.

Pensando em novos sofrimentos contemporâneos e, no caso desta dissertação, na temática da sexualidade feminina e a aids, as mulheres diante de um diagnóstico de HIV positivo teriam então um conflito entre um novo lugar, de mulher com uma doença

sexualmente transmissível e mortal (tendo sua sexualidade nociva, tal como a maçã do paraíso), e os impositivos ideais de feminilidade arraigados ainda nos dias atuais?

CAPITULO VI

6 A SEXUALIDADE FEMININA SEGUNDO FREUD: A PRIMEIRA TÓPICA

A construção teórica de Freud tem como uma de suas particularidades o fato de oportunizar ao leitor descobertas, reelaborações, inquietações e narrativa de casos clínicos. É sabido que a obra freudiana apresentou grandes transformações a partir de 1920, fato que também pode ser acompanhado quanto à compreensão acerca da sexualidade feminina, o que justifica a apresentação da temática neste trabalho em dois capítulos diferenciados, divididos em primeira e segunda tópica.

A partir do debate já realizado, este capítulo se propõe a apresentar a compreensão da sexualidade feminina para Freud na primeira tópica, relacionando com a análise anterior por meio de breves pontuações que demonstrem seu movimento de descolar o determinismo biológico da subjetividade humana, bem como os aspectos que o mantiveram atravessado pelos discursos históricos dominantes sobre o sexo e a sexualidade, especialmente no que concerne a sexualidade feminina.

Sabe-se que a densidade de conceitos e de interpretações da obra psicanalítica nos permite vários caminhos a serem traçados, portanto, faz-se importante delimitar nosso objetivo nesta empreitada. Abordaremos então dois textos considerados fundamentais para o entendimento desta perspectiva freudiana na primeira tópica, segundo orientação do editor inglês James Strachey (1982[1985]) e de Silvia Nunes (2000), autora do livro “O corpo do diabo entre a cruz e a espada, um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade”. Os textos que conduzirão este primeiro percurso teórico são: “Três ensaios sobre a teoria da Sexualidade”, de 1905, e “Sobre as teorias Sexuais das crianças”, de 1908.

Seguindo esta direção, esta seção se propõe realizar a leitura destes textos evidenciando os atravessamentos históricos presentes na teoria de Freud. Para dar enfoque em algumas compreensões alcançadas no estudo destas leituras, achou-se pertinente, como estratégia metodológica destacar alguns tópicos que enfatizem os pontos centrais que se pretende apontar ao leitor: 6.1) O monismo sexual, que abordará três itens: libido única, bissexualidade infantil e um sexo para todos; 6.2) O padrão de feminilidade, que abordará dois itens: o complexo de castração e a inveja do pênis e a guerra contra o clitóris.

6.1 O MONISMO SEXUAL: Freud e o paradigma do sexo único

O texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, de 1905, evidencia duas proposições que perduram no primeiro momento da obra freudiana, são elas: a existência de uma libido masculina, independente do sexo genital, e o reconhecimento da fantasia infantil de um único sexo, o masculino – o que é denominado por alguns autores, como Chasseguet-Smirgel (1988), de monismo sexual. Para melhor exposição, abordaremos os temas em tópicos distintos.

6.1.1 A libido única

De acordo com Freud (1905), a libido teria uma essência masculina, independente do sexo genital, conforme pode ser observado em suas palavras:

[...] A rigor, se soubéssemos dar aos conceitos “masculino” e “feminino” um conteúdo mais preciso, seria possível defender a alegação de que a libido é, regular e normativamente, de natureza masculina, quer ocorra no homem ou na mulher, e abstraindo seu objeto, seja este homem ou mulher (FREUD, 1905, p. 207).

A natureza da libido seria decorrente da compreensão de que a pulsão é sempre ativa, mesmo quando seu alvo é passivo. A atividade pulsional seria masculina, porém comum a todos os seres humanos. Sobre tal compreensão Freud afirma:

[...] É indispensável deixar claro que os conceitos de “masculino” e “feminino”, cujo conteúdo parece tão inambíguo à opinião corriqueira, figuram entre os mais confusos da ciência e se decompõem em pelo menos três sentidos. Ora se empregam “masculino” e “feminino” no sentido de atividade e passividade, ora no sentido biológico, ora ainda no sentido sociológico. O primeiro destes três sentidos é o essencial, assim como o mais utilizável em psicanálise. A isso se deve que a libido seja descrita no texto como masculina, pois a pulsão é sempre ativa, mesmo quando estabelece para si um alvo passivo.

Analisando as palavras de Freud (1905), verificamos que há uma clara delimitação de que, para a biologia, os atributos masculinos e femininos se referem ao organismo, ao corpo humano, ao sexo genital. Diferentemente para psicanálise, neste momento, masculino e feminino seriam utilizados para designar atividade e passividade, justificando a pulsão ativa como masculina. Além disso, ao recorrer à explicação sociológica, Freud afirma que não há masculinidade ou feminilidade pura, existindo sempre uma conjugação de atividade e passividade em todos os seres humanos.

Aqui parece ser possível realizar uma analogia entre pulsão e o calor vital da teoria galênica do sexo único: ambas seriam masculinas e as forças motrizes do psiquismo por representarem atividade e sua diminuição resultaria em passividade. As atividades autoeróticas no bebê, idênticas em ambos os sexos e que sustentariam a ideia de uma libido masculina, o fazem afirmar que: “a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino” (FREUD, 1905, p. 207). Portanto, ao que parece, Freud (1905) encontrou no modelo do sexo único importantes influências para sua elaboração teórica.

6.1.2 A bissexualidade infantil

Para adentrarmos no debate sobre o monismo sexual, faz-se importante realizar algumas breves considerações da teoria sobre a bissexualidade infantil. De acordo com Freud (1905) a bissexualidade infantil é uma disposição psíquica sexual ativa e passiva, que faz parte de um processo de construção singular e subjetivo. Conforme suas palavras:

[...] desde que me familiarizei com a noção de bissexualidade, passei a considerá-la um fator decisivo e penso que, sem levá-la em conta, dificilmente se poderá chegar a uma compreensão das manifestações sexuais efetivamente no homem e na mulher. (FREUD, 1905, p. 208).

A bissexualidade, portanto, não estaria ligada a existência de dois sexos distintos, mas a masculinidade/atividade e feminilidade/passividade, posto que, segundo Freud (1905), na fantasia infantil há o reconhecimento de apenas um sexo para todos: “a suposição de uma genitália idêntica (masculina) em todos os seres humanos é a primeira das notáveis e momentosas das teorias sexuais infantis” (FREUD, 1905, p. 184).

Em “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905) concebe a noção de pulsão descolada unicamente da reprodução tendo objeto e alvo variados também traz um descolamento da ideia de natureza biológica, vigente no século XIX. Ele afirma não apenas a existência de sexualidade em todas as crianças, mas enfatiza sua disposição inata e sua polimorfia. Sobre este alcance de Freud, Nunes (2000) afirma:

[...] a tese central de Freud neste período é, como notado, a ideia de que a sexualidade humana seria polimorfa, o que quer dizer capaz de assumir diferentes formas. Ao mesmo tempo, já está presente a ideia de que sua inscrição inconsciente, o processo de subjetivação dos indivíduos como seres sexuados, seria extremamente dependente do investimento dos pais. Isso colocava Freud diante da possibilidade de existir no sujeito humano potencial para uma variedade de formas femininas e masculinas de ser, relativamente independente do sexo biológico. Se a sexualidade

humana se desenrola no registro das fantasias, das representações psíquicas, nada do que pertença à sexualidade seria predeterminado (NUNES, 2000, p. 176).

Pode-se pensar em Freud como um homem à frente de seu tempo. Seus postulados sobre a plasticidade das pulsões e o reconhecimento da sexualidade polimorfa, comum a todos os seres humanos, parecem abrir caminho a novos debates contemporâneos para além de um modelo binário, afinal, ao postular sobre a bissexualidade no psiquismo infantil, Freud (1905) pensava em um ser em formação, pelo qual suas identificações e desejos ainda estariam por se estabelecer em um processo subjetivo singular e que poderia ser vivenciado de variadas maneiras.

6.1.3 Um sexo para todos!

De acordo com Rodinesco e Plon (1997), é pelas vias da libido única que Freud (1905) irá considerar que, no inconsciente e nas representações inconscientes, independente do órgão genital anatômico, não irá existir diferenciação entre os sexos. Segundo os autores:

[...] A bissexualidade que é o corolário dessa organização monista da libido, concerne, portanto, a ambos os sexos. Não apenas a atração de um sexo pelo outro não decorre de uma complementaridade, como também a bissexualidade desfaz a própria ideia de tal organização (RODINESCO; PLON, 1997, p.706).

Conforme Freud (1905) a suposição de um único sexo, o masculino, em todos os seres humanos, é uma teoria fantasiada pelas crianças para quem não existe um problema diante da diferença sexual. Em suas palavras:

[...] o fato de existirem dois sexos é inicialmente aceito pelas crianças sem nenhuma rebeldia ou hesitação. Para o menino, é natural presumir uma genitália igual à sua em todas as pessoas que ele conhece, sendo-lhe impossível conjugar a falta dela com sua representação dessas outras pessoas[...] dois elementos permanecem desconhecidos na investigação sexual infantil, a saber, o papel do sêmen fecundante e a existência do orifício sexual feminino (FREUD, 1905, p. 184-185).

Nota-se que, para as crianças, o pênis é um órgão fantasiado, comum a todos, sem o reconhecimento de sua função reprodutora e sem o reconhecimento do orifício da vagina. O que irá motivar um processo investigativo infantil será a ameaça de um novo bebê e o medo de que esse acontecimento traga consigo a perda de cuidado e de amor, nas palavras de Freud:

A ameaça trazida para suas condições existenciais pela chegada conhecida ou suspeitada de um novo bebê, assim como o medo de que esse acontecimento traga consigo a perda de cuidados e de amor, tornam a criança pensativa e

perspicaz. O primeiro problema de que ela se ocupa, em consonância com essa história de despertar da pulsão de saber, não é a questão da diferença sexual, e sim, o enigma; de onde vêm os bebês? (FREUD, 1905, p. 183).

Conforme a teoria freudiana, a criança não tem problema com a diferença anatômica dos sexos, pois para ela esta diferença é inexistente! Será o enigma “de onde vêm os bebês?” que irá fazer surgir às teorias sobre o nascimento, que surge diante da ameaça apresentada por um novo bebê.

Além disto, sendo o clitóris da menina um pênis que ainda irá crescer, o pênis passou a adquirir um estatuto de extrema importância no psiquismo infantil de ambos os sexos, sendo supervalorizado, conforme se observa na afirmativa de Freud (1905):

[...] consiste em atribuir a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis, tal como o menino sabe a partir de seu próprio corpo. É justamente na constituição sexual que devemos encarar como ‘normal’ que, já na infância, o pênis é a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual autoerótico (*grifo meu*, FREUD, 1905, p. 196).

De acordo com Freud, psiquicamente não há o reconhecimento da vagina neste período da infância. Pensar no sexo masculino como o único referencial no psiquismo infantil, assim como postular o não reconhecimento da vagina como órgão, parece ser um retorno ao modelo do sexo único que perdurou da Antiguidade até a Revolução Francesa, pois novamente não há o reconhecimento do feminino, nem mesmo na fantasia infantil para Freud.

Thomas Laqueur, autor que sustentou a base teórica do capítulo IV, evidenciou que a vagina só se tornou um órgão reconhecido por volta de 1700. Até então, o que vigorava era o modelo do sexo único, onde o corpo masculino representava perfeição, conforme pode ser observado em suas palavras:

A linguagem marca essa diferença sexual. Durante dois milênios, o ovário, um órgão que no início do século XIX se tornou uma comparação da mulher, não tinha nem ao menos um nome específico[...] nos vernáculos europeus só apareceu por volta de 1700, para a vagina como um tubo ou bainha na qual seu oposto, o pênis, se encaixa e através do qual nasce o bebê (LAQUEUR, 1992, p. 16-17).

Por isso, todos os atlas de anatomia voltavam-se ao corpo padrão, aquele que por ter calor vital desenvolvia-se perfeitamente, isto é, o corpo do homem. A vagina era tida como um pênis invertido, o que nos leva a afirmar que o único órgão reconhecido era o pênis. Para os teóricos, seria a falta do calor vital que mantinha o pênis internamente. Portanto, a mulher era a representação de um homem imperfeito.

Dessa forma, na leitura freudiana há um ponto que merece destaque: se para a criança não há diferença sexual, com apenas o reconhecimento do sexo masculino, no inconsciente não haveria uma figura para nomear como órgão feminino? Ao que parece, se Freud considera a criança reconhece apenas a figura de um pênis, pro inconsciente ter um sexo é ter um pênis.

Chasseguet-Smirgel (1988) reconheceu que recorrer a um único sexo foi à solução freudiana para pensar a sexualidade em termos psíquicos, libidinais. Contudo, esta autora não associou o monismo sexual ao modelo do sexo único, sustentado por Laqueur (1992). Esta associação teórica entre monismo sexual e o modelo do sexo único foi realizada por alguns autores como Elizabeth Rodinesco e Michel Plon (1998), Joel Birman (1999), Silvia Nunes (2000) e Regina Neri (2005), citados (as) neste trabalho.

Rodinesco e Plon (1997, p. 706) consideram que “através desse monismo, Freud inspirou-se simultaneamente em Galeno (em seu modelo do sexo único) e na biologia do século XIX, preocupada em estabelecer uma diferença radical entre os sexos a partir da anatomia”. Para os autores,

[...] buscando seus modelos na biologia darwiniana, defendeu a tese de um monismo sexual e de uma essência ‘masculina’ da libido humana. Essa tese, baseada nas informações clínicas que ele fizera das teorias sexuais infantis, não tinha como objetivo descrever a diferença sexual a partir da anatomia, nem tampouco decidir a questão da condição feminina na sociedade moderna (ROUDINESCO; PLON, 1997, p. 705).

Mesmo não sendo o objetivo de Freud uma luta política em prol da emancipação das mulheres, Rodinesco e Plon (1997) consideram que sua teoria sobre a sexualidade parece, por um lado, subverter um movimento histórico de depreciação da figura feminina, posto que sexualidade humana é compreendida por meio de um novo estatuto: ela está além das regras sociais e independe do sexo anatômico.

Estes autores consideram que recorrer ao sexo único foi uma tentativa freudiana de afastar-se de uma ideia de natureza feminina, fruto do biologismo do século XIX, pois seus conceitos sobre pulsão e sobre a bissexualidade infantil o permitem considerar que não há distinção entre feminino e masculino na fantasia infantil, o que irá se estabelecer a partir dos processos identificatórios no decorrer do desenvolvimento infantil. Todavia, reconhecem que a “indiferenciação inconsciente dos dois sexos estava sob a categoria de um único princípio masculino e de uma organização edipiana em termos de uma dissimetria”. Este reconhecimento é pertinente, pois pautar o masculino como referência não é (nem foi) sem sequelas. De certa forma, ao associar aos atributos masculinos o modelo a ser seguido, o

homem acaba por ocupar o lugar de referência em detrimento da figura feminina (RODINESCO, PLON, 1997, p. 705).

No livro “A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade”, Regina Neri (2005) considera Freud como herdeiro do pensamento ocidental antigo que pressupunha a essência do sexo único. Na leitura da autora, o monismo sexual será a essência da primeira tópica freudiana, tornando-se a pedra angular da teoria psicanalítica da diferença sexual e, conseqüentemente, da teoria da sexualidade feminina, e marcará não apenas o processo psíquico singular das crianças, como também fundamentará a compreensão do feminino a partir das análises pautadas no referencial masculino.

Portanto, considera-se que o monismo sexual será o pano de fundo da primeira tópica freudiana, compreendendo não apenas o processo psíquico das crianças, mas como também fundamentará a análise freudiana do feminino pautada no referencial masculino. Neste momento, Freud não apenas toma o homem como base de suas análises, tal como os livros de anatomia da época de Galeno, mas também considera apenas a existência de um sexo no psiquismo infantil, o que nos leva a afirmar que o monismo sexual está estreitamente vinculado ao modelo de sexo único. Contudo, a teoria freudiana da sexualidade também apresentou influências do biologismo nascente do final do século XVIII e predominante do século XX. É o que pretende se mostrar a seguir.

6.1 O PADRÃO DE FEMINILIDADE

No item anterior demonstramos que nos Três ensaios, Freud (1905) aborda as pesquisas sexuais infantis e afirma que, na fantasia infantil, há a existência de um sexo para todos – o masculino. Desta tese seguem dois temas fundamentais, que serão importantes para a análise deste trabalho: o complexo de castração e a inveja do pênis.

Como já demonstrado neste trabalho, Kehl (2007) apresentou a criação de um “padrão de feminilidade” a partir da Revolução Francesa que enunciava características femininas – forma de pensar, agir, sentir – determinadas e marcadas a partir do sexo anatômico. Entre estas características, estaria a maternidade como constituinte da psique feminina, além da passividade, que faria parte da essência das mulheres e também sustentaria a virilidade do homem burguês. Ainda, neste período, constituíram-se duas maneiras contraditórias de perceber a natureza da sexualidade feminina: a mulher passiva, recatada, voltada ao lar e à maternidade em oposição a uma sexualidade perigosa à sociedade, marcada pela rivalidade, que precisaria ser controlada e educada.

Estas características citadas pela autora aparecem de maneira sutil na teoria sobre a sexualidade feminina de Freud, as quais tomam corpo a partir do entendimento do complexo de castração e da inveja do pênis. Infere-se, a partir desta análise teórica, que as formulações freudianas continuam a propor uma essência da natureza feminina, que estaria marcada pela inveja como constituinte de sua subjetividade, afinal, para as meninas não haveria outra trajetória psíquica que escapasse a inveja, o desejo da maternidade e a passividade como caminho à “feminilidade”, sendo necessária na sustentação da virilidade masculina.

Portanto, para demarcarmos o padrão de feminilidade evidente na primeira tópica, será realizado um breve percurso pela teoria freudiana sobre a sexualidade infantil em relação ao conceito de castração e suas formulações sobre a inveja do pênis, a fim de apontar os momentos em que Freud pareceu ir ao encontro do paradigma da diferenciação sexual, predominante no século XIX.

6.1.1 O complexo de castração e a inveja do pênis

O complexo de castração e a inveja do pênis são abordados nos Três ensaios, porém é em “As teorias sexuais infantis” que Freud (1908) dará um estatuto do que viria ser o complexo de castração ao longo de sua teoria. Para acompanharmos o pensamento freudiano, voltemos aos Três ensaios e sua compreensão sobre a castração e inveja do pênis.

Em relação aos meninos, a crença de um sexo para todos é, segundo Freud (1905, p. 184), “energicamente sustentada [...], obstinadamente defendida contra a tradição que logo resulta da observação, e somente abandonada após sérias lutas internas (o complexo de castração)”. Verifica-se aqui que ainda não há uma precisa explanação sobre a ameaça de castração e seus efeitos. No caso das meninas, elas teriam um pênis que fora perdido pela castração:

As crianças de ambos os sexos formam a teoria de que, originalmente, a mulher também tinha um pênis, que foi perdido pela castração. Muitas vezes, a convicção finalmente adquirida de que as mulheres não têm um pênis deixa no indivíduo do sexo masculino um desprezo duradouro pelo sexo oposto (*grifo meu*, FREUD, 1905, p. 184).

O pênis é um órgão investido pelo pequeno menino, que o irá manusear, obtendo prazer a partir da estimulação desse órgão com as mãos, o que fará com que seus pais, com fim de cessar a masturbação, ameacem cortar-lhe o pênis. Esta ameaça terá um efeito devido, justamente, o órgão pênis ser um órgão superinvestido. Segundo Freud:

Os efeitos desta ameaça de castração são proporcionais ao valor conferido ao órgão, sendo extraordinariamente profundo e persistente. As lendas e os mitos atestam o transtorno da vida emocional e todo o horror ligado ao complexo de castração, complexo que ainda será subsequentemente lembrado com grande relutância pela consciência. Os genitais femininos, vistos mais tarde, são encarados como um órgão mutilado e trazem à lembrança aquela ameaça [...] (FREUD, 1905, p. 197).

Como já abordado, na fantasia infantil a vagina é um órgão inexistente e a genitália feminina representa um pênis que tenderá a crescer. Porém, diante das ameaças de castração, esta surge como um órgão mutilado que irá trazer na lembrança uma ameaça de perda do pênis. Assim, a genitália feminina que outrora era inexistente, passa a ser, psiquicamente, uma representação de mutilação e de ameaça ao menino.

Posteriormente, no texto intitulado “As teorias Sexuais infantis”, Freud (1908, p. 196) irá afirmar que ambas as crianças não veriam a diferença sexual. O alto valor que o menino irá oferecer ao pênis pode ser percebido em sua incapacidade de imaginar uma pessoa semelhante a ele desprovida deste “constituente essencial”. Novamente enfatizará que o pênis é a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual autoerótico. Seu preconceito ao ver o órgão feminino é o suficiente para falsear sua percepção. Para o menino, não haverá a ausência do pênis, mas a ideia de seu crescimento em um momento posterior.

Freud parece colocar o corpo sem pênis como aquele que causa repulsa (há um desprezo por este corpo), um corpo de menor valor, desvalorizado pelos meninos e meninas. Este desprezo é citado por Freud como um “preconceito” do menino que supervaloriza o pênis ao ponto de falsear sua visão da ausência deste na menina. Além disso, penso: este “desprezo duradouro” emergido a partir da ameaça da castração seria, por assim dizer, umefeito psíquico inconsciente que justificaria o desprezo e preconceito contra as mulheres na vida adulta? Estaria Freud recorrendo às fantasias para pensar a hostilidade frente às mulheres?

Seguindo Freud (1908), a menina também terá a percepção do corpo feminino como um corpo de menor valor, afinal, ao perceber seu clitóris como um pênis pequeno, já terá elemento suficiente para se sentir em desvantagem, injustiçada, desenvolvendo o sentimento de inveja por não possuir um órgão que parece ter um grande poder valorativo, conforme pode se observar nas palavras do mestre vienense:

[...] as meninas compartilham plenamente a opinião que seus irmãos têm do pênis. Elas desenvolvem um vivo interesse por esta parte do corpo masculino, interesse que é logo seguido pela inveja. As meninas julgam-se prejudicadas e tentam urinar na postura que é possível para os meninos porque possuem um pênis grande; e quando uma delas declara que ‘preferiria ser um menino’, já sabemos qual a deficiência que desejaria sanar (*Grifo meu*, FREUD, 1908, p. 197-198).

Não ter um pênis grande seria um prejuízo para as meninas, uma verdadeira deficiência que precisaria de alguma forma ser sanada, de acordo com a teoria freudiana. Logo, observa-se que pênis aparece como um atributo de perfeição, um órgão superestimado, posto que considerar seu tamanho menor (um pênis pequeno, que viria a crescer) já é determinante para o sentimento de inveja e desvantagem, o que parece inaugurar a concepção do feminino como uma sexualidade inferior e invejosa.

Portanto, a possibilidade de perdê-lo, no caso dos meninos, e a confirmação de não o ter, no caso das meninas, trazem consequências que também vão ao encontro da ideia de corpo feminino como imperfeito, em detrimento do masculino: o menino, diante de seu temor, passará a desenvolver desprezo pelas meninas, estas, por sua vez, serão marcadas pela inveja, pelo sentimento de injustiça.

Como já dito, considerar o corpo feminino marcado pela imperfeição não foi uma novidade freudiana, pois esta associação já havia sido teorizada por Aristóteles ao aproximar o masculino do divino e por Galeno com sua teoria dos humores, em que os corpos femininos devido a escassez de calor vital (humor quente) retinham os órgãos masculinos internamente, marcando a imperfeição corpórea. Freud, contudo, justifica a superinvestimento no pênis e na atividade masculina em “termos libidinais”, conforme as palavras de Birman (1999). Segundo o autor,

A diferença sexual teria de ser pensada, pela psicanálise nascente, em termos libidinais, e não nos termos dos discursos da anatomia e da fisiologia. Isso tudo apesar de muito ser considerado também por Freud que as marcas das diferenças anatômicas e fisiológicas não eram absolutamente banais e descartáveis para a construção subjetiva, pois, afinal de contas, se a anatomia não definia de maneira determinista um destino, em contrapartida, seguramente o delineava. Por isso mesmo impunha-se em conceber a diferença sexual entre o homem e uma mulher em termos libidinais (BIRMAN, 1999, p. 185).

A relação que Freud estabelece entre a anatomia e o destino psíquico da mulher, que retoma o discurso da diferença do século XIX, será analisada na seção seguinte, após as análises de Joel Birman sobre a noção de perfeição e imperfeição que retornam na teoria freudiana e que pertencem ao paradigma do sexo único, originário da Antiguidade grega.

Para Birman (1999), a teoria freudiana da primeira tópica retoma claramente ao “universalismo do masculino”, pois tem como modelo padrão o desenvolvimento psíquico a partir do menino, sendo relegado à menina o mesmo que fora teorizado ao menino, invertendo apenas os pares. Para ilustrar esta compreensão, cito Freud (1916) na Conferência XXI,

intitulada “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais”, em que há uma síntese acerca da sexualidade infantil anteriormente abordada nos “Três ensaios” e onde pode se observar nitidamente sua teoria pautada no modelo masculino:

Como veem, descrevi apenas a relação de um menino com o seu pai e sua mãe. As coisas acontecem exatamente da mesma maneira com as meninas, com as necessárias modificações: uma ligação afetuosa ao pai, uma necessidade de livrar-se da mãe como supérflua (Grifo meu, FREUD, 1916, p. 337).

Este feito freudiano, de acordo com Birman (1999, p. 175), fez com que avanços significativos da teoria psicanalítica fossem realizados sem que fosse considerada e mesmo conceituada em sua especificidade. Por outro lado, a leitura sobre o masculino “se fez com bastante rapidez e desembaraço”, sem que o mesmo zelo ocorresse com a subjetividade feminina.

Para o autor, a polarização erótica do menino entre a figura do pai e da mãe era sempre o paradigma, constituindo a descrição e narrativa do discurso de Freud. Um bom exemplo, para Birman (1999, p. 178), é a construção do conceito do complexo de Édipo. Tal como se percebe na citação de Freud apresentada acima, o autor sinaliza: “Era dito ao leitor que o mesmo paradigma seria válido para a figura da menina”.

Por conseguinte, o universalismo da teoria de Freud possibilitou que a representação do masculino permitisse elucidar a do feminino, seja pela comparação ou subtração – tal como se fazia com os livros de anatomia durante o modelo do sexo único. Considerando que o masculino poderia tornar o feminino esclarecido, Freud parecia sublinhar o que ele mesmo pensava ser a condição “enigmática” da mulher, que estaria na ordem do indizível. Logo, argumenta Birman (1999), haveria uma transparência evidente na figura masculina e uma obscuridade patente na feminina.

Pode-se afirmar, então, que a versão freudiana retomava o paradigma da antiguidade grega de que o homem seria a representação da perfeição e a mulher representaria a imperfeição. Com isso, não apenas o sexo perfeito poderia ser mais bem conhecido e falado do que o imperfeito, como também somente pela mediação da perfeição sexual, a imperfeição poderia ser conhecida e pesquisada.

Mas como dito no início deste debate, Freud, ao formular sua teoria sobre a inveja do pênis, não apenas remeteu as mulheres a uma condição de imperfeição, tal como no modelo de Aristóteles e Galeno, mas também se aproximou dos discursos sobre as mulheres no século XIX, pautados no modelo da diferença sexual e os quais contribuíram para manutenção do

padrão de feminilidade forjado pelos homens a partir da Revolução Francesa, das teorias médicas e de filósofos iluministas.

Retomando o texto dos “Três Ensaio”, verifica-se que Freud (1905), apesar de fazer coincidir masculinidade com atividade e feminilidade com passividade, ainda parece considerar a existência de distintas essências entre os sexos em que mulheres possuem características intrínsecas de uma “natureza feminina”, como o sentimento de inveja, nojo e compaixão – associações características ao final do século XIX onde já estava estabelecido o paradigma da diferenciação dos sexos. Observemos suas palavras:

[...] é certo que já na infância se reconhece bem as disposições femininas e masculinas; o desenvolvimento das inibições da sexualidade (vergonha, nojo, compaixão) ocorre nas garotinhas mais cedo e com menor resistência do que nos meninos; a tendência ao recalcanento parece maior, e quando se tornam visíveis as pulsões parciais da sexualidade, elas preferem a forma passiva (FREUD, 1905, p. 207).

Freud (1905), na citação acima, revela características que ocorrem com maior frequência nas meninas, como se fossem comuns ao sexo feminino, parte da natureza. Estas características, não por acaso, coadunam com o padrão de feminilidade em que mulheres possuem atributos e funções que remetem a docilidade, maior recato e passividade.

É a partir desta questão que Nunes (2000) e Neri (2005) irão considerar uma evidente contradição nas formulações freudianas sobre a sexualidade feminina: ela é masculina por excelência (pois a pulsão é masculina/ativa), porém, feminina por essência. Esta incongruência, para ambas as autoras, revela a filiação de Freud à tradição iluminista, da diferença sexual como essência da natureza, em que feminino é passivo e masculino é ativo. Concomitantemente, Freud ao elaborar uma teoria monista, as autoras concordam que ele acaba sendo herdeiro de uma tradição do pensamento ocidental antigo, isto é, da teoria aristotélica-galênica do modelo do sexo único.

Afirma-se, portanto, ao mesmo tempo em que o texto “Três ensaios” abarca a plasticidade da sexuação humana e rompe radicalmente com o determinismo anatômico, também traz concepções sobre a diferença sexual entre masculino e feminino impregnadas de teses essencialistas. Estas concepções também estarão presentes no seu entendimento sobre a transformação da menina em mulher, como se pretende mostrar a seguir.

6.1.2 “A guerra contra o clitóris”

Para compreender a transformação da menina em mulher é preciso acompanhar as vicissitudes posteriores da excitabilidade do clitóris. Isto porque, segundo Freud (1905), a primeira zona erógena da menina considerada dominante situa-se no clitóris e é homóloga a zona genital masculina, a glândula, e somente a partir da puberdade irá haver uma mudança para a vagina.

Sobre o clitóris enquanto zona dominante, Freud (1905, p. 208) sustenta: “tudo o que pude averiguar pela experiência sobre a masturbação nas meninas relacionou-se com o clitóris, e não com as partes da genitália externa, que são posteriormente significativas para as funções sexuais”. Portanto, de acordo com a leitura freudiana, neste momento inicial a menina terá uma atitude ativa em sua sexualidade, que será vivenciada por meio da estimulação clitoriana. Com o alcance da puberdade, haverá uma onda de recalçamento que afetará a sexualidade do clitóris, sucumbindo ao recalçamento da sua masculinidade infantil. Logo, ocorre o abandono da atividade clitoridiana para a passividade, isto é, a transição do clitóris para a vagina – passagem que será acompanhada de uma inibição sexual e será condição para o desenvolvimento da feminilidade.

Em sua leitura de Freud, Nunes (2000) considera que o abandono da sexualidade clitoriana, ativa e masculina, passa a ser condição para o desenvolvimento da menina, existindo uma equação entre passividade = feminilidade, já que é preciso o recalque da masculinidade, da sexualidade ativa, para possibilitar o desenvolvimento da feminilidade, a partir da “passivação” dos sentimentos.

Esta noção de passividade enraizada na representação da figura feminina, de acordo com Nunes (2000) e Neri (2005), é uma realidade encontrada ao longo da história do ocidente que culmina na desigualdade de direitos das mulheres e nas funções sociais atribuídas a elas. No modelo do sexo único a passividade feminina era decorrente da sua falta de calor vital, já no século XIX, seria o cérebro, os hormônios, isto é, a biologia dos corpos que justificaria a dominação masculina e os papéis sociais designados às mulheres.

Para Freud (1905), ao mudar a excitabilidade erógena do clitóris para a vagina, a mulher muda sua zona dominante para a atividade sexual posterior, enquanto o homem permanece na mesma zona desde a infância. Mas não somente, o recalçamento da atividade masculina ocorrido nas meninas além de reforçar as inibições sexuais das mulheres,

também irá estimular o aumento da libido do homem incitando sua supervalorização sexual. Conforme as palavras de Freud:

O que sucumbe ao recalçamento é uma parcela de sexualidade masculina. O reforço das inibições sexuais criado por esse recalçamento da puberdade na mulher fornece então um estímulo à libido do homem e obriga a um aumento de sua atividade; com essa intensificação da libido aumenta também a supervalorização sexual, que só aparece plenamente diante da mulher que recusa, que renega sua sexualidade (FREUD, 1905, p. 209).

Pode-se inferir, então, que a inibição sexual decorre do recalçamento e é quem estimula à libido do homem, obrigando ao aumento da atividade e a supervalorização sexual que emerge diante da recusa da mulher de sua sexualidade.

Esta afirmativa de que é a inibição sexual feminina que colabora para que haja a intensidade da libido masculina, parece corresponder ao padrão de feminilidade proposto por Kehl (2007, p. 44), que afirma que “a segunda função da feminilidade nos moldes modernos foi adequação entre a mulher e o homem a partir da produção de uma posição feminina que sustentasse a virilidade do homem burguês”. Portanto, a inibição sexual da mulher explicada em termos libidinais parece ir ao encontro dos discursos sobre a mulher no século XIX, em que o controle da sexualidade feminina está ligado a necessidade da estabilização da família dentro dos moldes normativos e da reprodução do modelo burguês.

Aqui, o homem passa a ser viril, sexuado, ter grande desejo por sexo, enquanto a mulher desenvolve um processo passivo em relação ao ato sexual. Cai sobre a mulher o peso da virilidade masculina, bem como a estabilidade do lar e da família, isto é, da civilização. Laqueur (1992) narra este movimento em termos históricos, conforme pode ser observado em suas palavras:

Próximo ao final do Iluminismo, [...] a ciência médica e aqueles que confiavam nela deixaram de considerar o orgasmo feminino relevante para a geração. A concepção, diziam, podia ocorrer secretamente, sem os ditos tremores ou sinais de excitação; a noção antiga de que “afora o prazer não existe nada no mundo” foi desacreditada. O orgasmo, antes um sinal de processo da geração cuja existência não era mais aberta a debate que a sensação calorosa e agradável que geralmente acompanha uma boa refeição, foi relegado ao reino da mera sensação, à periferia da fisiologia humana – acidental, dispensável, um bônus contingente do ato de reprodução. Essa reorientação aplicava-se em princípio ao funcionamento sexual do homem e da mulher [...]. Porém, não era o mesmo para as mulheres. A contingência recém-“descoberta” do prazer abriu a possibilidade da passividade e da “falta de paixão” da mulher. [...] Quando, no final do século XVIII, passou-se a pensar que “a maioria das mulheres não se preocupava com sentimentos sexuais”, a presença ou ausência do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual (LAQUEUR, 1992, p. 15-16).

Houve, portanto, o descolamento do orgasmo feminino da reprodução, o que fez com que a mulher fosse separada da ideia do prazer e relegada àquela que cuida do lar e é preocupada com as relações, enquanto ao homem coube a manutenção do pensamento de que ele, biologicamente, teria mais desejos sexuais. De acordo com Laqueur (1992):

Os antigos valores foram destronados. O lugar-comum da psicologia contemporânea – de que o homem deseja o sexo e a mulher deseja relacionamentos – é a exata inversão das noções do pré-Iluminismo que, desde a Antiguidade, ligava a amizade aos homens e a sensualidade às mulheres.

Esta crença discursiva parece ainda evidente nos dias atuais e é presente nos relatos de tantas pacientes que ao falarem das recorrentes traições de seus companheiros, justificam por meio do discurso de que homem faz “papel de homem”, tem muito desejo e “energia para gastar”, o que justificaria seus atos sexuais desenfreados, ao passo que para elas cabe aceitar a violência doméstica, as restrições sociais, o peso da traição e as tarefas do lar.

Porém, pode-se pensar que quando Freud refere que há uma supervalorização do sexual e o aumento da atividade masculina diante da inibição feminina, que recalca sua masculinidade, ele parece estar tentando compreender a subjetividade de sua época, de acordo com a realidade vigente. Por outro lado, ele reforça a concepção do homem viril, aquele que parece ter maior “apetite” sexual, em oposição à concepção antagônica da mulher, que precisa ser casta. O que socialmente passa a ser um atributo valorativo, ao ponto de tornar-se uma obrigação feminina, pois o contrário – o desejo e as ações que o envolvem –, seria condenável, colocando a mulher em uma posição contra a moral, quando não, em situações vexatórias.

Em relação a transformação da menina para a mulher, Freud (1905), então, sustenta:

Quando a mulher transfere a excitabilidade erógena do clitóris para a vagina, ela muda a zona dominante para sua atividade sexual posterior, ao passo que o homem conserva a dele desde a infância. Nessa mudança da zona erógena dominante, assim como na onda de recalçamento da puberdade, que elimina, por assim dizer, a masculinidade infantil, residem os principais determinantes das propensões das mulheres para a neurose, especialmente a histeria. Esses determinantes, portanto, estão intimamente relacionados com a natureza da feminilidade (FREUD, 1905, p. 209).

Seria na mudança de zona erógena e no recalçamento da masculinidade que iriam residir os principais determinantes da propensão das mulheres para a neurose, especialmente a histeria – o que para Freud (1905, p. 209) estaria “intimamente relacionados à natureza da feminilidade”. Neste momento, Freud mantém a associação de atividade à masculinidade e

passividade à feminilidade, ao se referir que abandonar sua atividade clitoriana seria abandonar sua masculinidade. De acordo com Laqueur (1992), colocar o clitóris como um problema para exercício normal da feminilidade não foi uma novidade de Freud, tendo alicerces históricos na influência de seu pensamento:

Freud é um homem do Iluminismo, herdeiro de seu modelo de diferença sexual. Anatomia é o destino, disse ele; a vagina é o oposto do pênis, uma marca anatômica de uma falta de alguma coisa na mulher que o homem tem. A heterossexualidade é o estado natural da arquitetura de dois sexos opostos incomensuráveis. Mas Freud, mais do que qualquer outro pensador, também se afasta do modelo. A libido desconhece o sexo [...] Quando o clitóris supostamente abre mão de seu papel na vida sexual de uma mulher, em favor de um “órgão oposto”, a vagina. Isso, em outras palavras, é uma versão da narrativa moderna central de sexo único em guerra com dois sexos (LAQUEUR, 1992, p.278).

Portanto, para Laqueur (1992, p. 285), mesmo que Freud considere que a libido desconhece o sexo, a diferença dos corpos anatômicos parece também delinear sua teoria, e assim, ao mesmo tempo em que é considerado “o grande teórico da ambiguidade sexual, ele é também o inventor de uma dramática antítese sexual, entre o embaraçoso clitóris que as meninas abandonam e a vagina”.

O autor defende que Freud encontrou no patriarcado uma forma possível de organizar as relações entre os sexos, pois acabou considerando “sinais do corpo” como “naturais”, a saber: o pênis externo e ativo, enquanto a vagina é interna e passiva. Para ele, considerar que o recalque da sexualidade masculina nas mulheres serviria de estímulo a libido dos homens, causando um aumento em sua atividade, é um retorno de Freud aos pensadores iluministas e misóginos, como Rousseau, pois “parece argumentar que a feminilidade, o lugar da mulher na sociedade, baseia-se na neurologia desenvolvimentista da genitália feminina” (LAQUEUR, 1992, p. 280).

Nunes (2000) realizou uma densa pesquisa em relação ao que ela nomeou como “guerra contra o clitóris”, título escolhido para o tópico deste trabalho. Em seu livro a autora sustentou que, ao final do século XIX, a excitação e o orgasmo clitoriano passaram a ser considerados um fator secundário e até mesmo inadequado da reprodução, sendo definidos como foco de perturbação da sensibilidade nervosa. Houve então, uma verdadeira guerra contra o clitóris e sua masturbação, associando-os a doenças nervosas, prostituição, imoralidade e infantilismo psíquico (NUNES, 2000).

De acordo com a autora, não havia antagonismo entre clitóris e vagina, pois, até o século XVII, ambos eram órgãos homólogos ao pênis: a vagina dentro do corpo e o clitóris na área externa. Somente no século XVIII, com o advento da noção da incomensurabilidade de

dois sexos opostos e também com a difusão do casamento heterossexual, o clitóris passou a ser visto como ameaçador, um verdadeiro problema, pois seria privilegiado pela masturbação feminina – que representava uma ameaça para o controle dos corpos e para biopolítica (NUNES, 2000).

Desta forma, no século XIX, o clitóris passa a ser tratado como perigoso, juntamente com a masturbação, tendo no lesbianismo o representante da nova problemática, pois a possibilidade de prazer entre mulheres pela estimulação deste órgão ameaçava o casamento heterossexual e patriarcal. Assim, em nome da reprodução e da fixação das mulheres no casamento, ao final do século XIX, o clitóris passou a ser reconhecido como marca da sexualidade excessiva, difícil de domesticação, relacionado às prostitutas (NUNES, 2000).

Fine (1981) relata que até 1940 a masturbação era tratada como doença nos livros-textos de pediatria. Havia várias recomendações com fim de conter as práticas masturbatórias: castigos, punições físicas, circuncisão nos meninos (acreditava-se existir um efeito moral na operação), cirurgia ou cauterização do clitóris nas meninas e aplicação de vesicatório na parte interna das coxas, na vulva ou na área clitoral.

Há o registro nos Estados Unidos da América, entre os anos de 1890 e 1925, de uma organização médica peculiar chamada Sociedade da Cirurgia de Orifícios que oferecia treinamentos para as cirurgias no prepúcio, clitóris e reto. Portanto, segundo Fine (1981, p. 144), na época de Freud a masturbação era considerada causa grave de perturbação no processo educacional. Em suas palavras: “mesmo Freud não pôde se livrar inteiramente da ideia de que a masturbação, inerentemente, é uma atividade nociva em qualquer idade, embora finalmente ele tivesse destruído a noção, universal anteriormente, de que a masturbação leva à neurose e psicose”.

Para Nunes (2000), é neste contexto que a vagina ganha nova dimensão, afinal, os sexólogos precisavam eleger uma nova fonte de prazer para a mulher que não fosse associada à volúpia. Em 1890, Krafft-Ebing postulou que a zona erógena da mulher virgem era o clitóris e depois do defloramento, a vagina e o cérvix uterino. Freud seguiu essa crença por longo tempo em sua obra, ao propor ser necessário um deslocamento do prazer do clitóris para a vagina como um sinal de feminilidade.

Devido à sexualidade da mulher fora do casamento passar a ser considerada perigosa e anormal, era importante que a mulher abandonasse esse excesso em nome do casamento. Haveria então uma antítese entre clitóris e vagina, que posteriormente seria associada por Freud a masculino e feminino.

Laqueur (1992, p. 279) sustenta que, até 1905, ninguém pensava que houvesse outro tipo de orgasmo que não o clitoridiano. Posteriormente, já com todo conhecimento médico do século XIX da diferença sexual, a vagina passa a existir, mas não há uma transferência do clitóris para vagina durante o amadurecimento da mulher, como teoriza Freud. Logo, Laqueur (1992) considera que Freud inventou o orgasmo vaginal. Conforme as palavras do autor:

A ideia da menina que não tem pênis e cuja sexualidade, portanto, reside no seu suposto oposto, na cavidade da vagina, eleva um “fato biológico” a uma necessidade cultural. Freud escreve como se tivesse descoberto a base da anatomia para todo o mundo do gênero do século XIX. Em uma época obcecada pela capacidade de justificar e distinguir diferença radical do pênis e da vagina não só um sinal de diferença sexual como seu próprio fundamento. Quando a suscetibilidade erógena à estimulação foi transferida pela mulher, com sucesso, do clitóris para o orifício da vagina, ela adotou uma nova zona para os objetivos de sua atividade sexual (LAQUEUR, 1992, p. 280).

Pode-se afirmar, a partir de Laqueur (1992), que é em Freud que, pela primeira vez, se associa o desenvolvimento da mulher, como sujeito sexuado, a um processo fisiológico em que a sexualidade migra do masculino (clitóris) para o feminino (vagina). Laqueur (1992) considera, então, que Freud encontrou na base da anatomia o discurso sobre os gêneros do século XIX.

Seguindo o pensamento freudiano, quando enfim o ato sexual é permitido à mulher, já adulta, o próprio clitóris é excitado e compele a ele o papel de retransmitir o papel para as partes femininas vizinhas. Contudo, para que ocorra essa transferência de zona erógena é necessário um intervalo de tempo, em que a moça fica insensível. Indiretamente e de maneira tímida, Freud (1905) parece reconhecer que o clitóris é fundamental ao orgasmo feminino, quando assume a impossibilidade do abandono desta fonte de excitação. Vejamos suas palavras:

Essa anestesia pode tornar-se permanente, quando a zona clitoridiana se recusa a abrir mão de sua excitabilidade, o que é preparado justamente por sua atividade intensa na vida infantil. Sabe-se que, muitas vezes, a anestesia da mulher é apenas aparente e localizada. Elas ficam anestesiadas na vagina, porém de algum modo são incapazes de excitação no clitóris ou mesmo em outras zonas. A esses determinantes erógenos de anestesia vêm então somar-se os determinantes psíquicos, igualmente condicionados pelo recalque.

No entanto, de acordo com Nunes (2000) e Neri (2005), o caminho para feminilidade proposto neste momento é problemático: em muitas mulheres a função sexual é atrofiada, devido à excitabilidade do clitóris se manter, de forma que elas fiquem insensíveis no coito pelo recalque intenso, que pode levar a neurose.

Até 1920, essas afirmações geram a seguinte lógica: a menina quando criança seria um homenzinho e para se tornar mulher e desenvolver sua feminilidade precisaria necessariamente recalcar a masculinidade primitiva, para então atuar como mulher, mantendo uma sexualidade masculina latente.

Assim, ao mesmo tempo em que os Três ensaios abarca a plasticidade da sexuação humana e rompe radicalmente com o determinismo anatômico, suas concepções sobre a diferença sexual entre o masculino e feminino são fortemente impregnadas de teses essencialistas. Conforme Neri (2005),

[...] se Freud supõe um feminino verdadeiro que a mulher deve alcançar e que este destino verdadeiramente feminino está referido a um órgão sexual anatômico, a vagina, é por que ele articula ainda a diferença sexual à diferença anatômica e supõe o masculino e o feminino como essência. Assim, o destino feminino seria abdicar de uma posição ativa para uma posição passiva, ao mesmo tempo que abdica do prazer do órgão sexual considerado não natural e masculino, o clitóris, em nome do prazer do sexo genital, a vagina, destinada à reprodução, que seria considerado como feminino. Essas formulações indicam um ideal feminino ligado a passividade e a reprodução da espécie (NERI, 2005, p. 180).

Nesta citação de Neri (2005), observa-se que a autora, assim como Kehl (2007), considera que as formulações freudianas indicam um ideal feminino ligado a passividade e a reprodução, ou como diria Kehl, a um “padrão de feminilidade”, pois abandonar a zona erógena do clitóris, que corresponderia a sexualidade ativa masculina, em prol da vagina, é a assunção da associação das mulheres à passividade, em termos de natureza.

Para Nunes (2000), reeditando os ideais de feminilidade e masculinidade característicos dos séculos XVIII e XIX, Freud concebe a mulher como passiva e só pode pensar as pulsões e os comportamentos ativos das meninas a partir do homem, atribuindo como sinais de sua masculinidade. Portanto, no que tange à sexualidade feminina, suas soluções não foram inovadoras e reforçaram mitos, caucionando-os.

Para Freud, o percurso psíquico de recalcar a sexualidade clitoriana contribuiria então para uma mudança na relação da vivência da mulher com seu próprio corpo. O órgão “verdadeiramente feminino”, a vagina, estaria em evidência. Assumindo uma postura passiva a mulher poderia ser engendrada pelo homem, passivamente, sendo receptora de seu esperma e, assim, concluindo sua função reprodutora e alcançando a maternidade, uma solução para a inveja do pênis (NUNES, 2000).

Conforme Laqueur (1992) esta postura de Freud demonstra que a continuidade da civilização dependeria da adoção da sexualidade da mulher dita “correta”, a vaginal. A

“passivação” da mulher teria um importante papel nas organizações sociais da cultura ocidental:

A resposta de Freud, então, deve ser vista como uma narrativa da cultura, disfarçada de anatomia. A história do clitóris é uma parábola da cultura, de como o corpo é criado de uma forma valiosa para a civilização apesar, e não por causa, de si próprio [...] Freud, em suma, deveria saber que o que ele escreveu na linguagem da biologia a respeito da mudança de sensibilidade erotógena do clitóris para a vagina não se baseava em fato algum da anatomia e da fisiologia (LAQUEUR, 1992, p.281-283).

Portanto, de acordo com a tese de Laqueur (1992), ao teorizar sobre a mudança de zona erógena na transformação da menina em mulher, Freud parecia dizer que aceitar esta troca seria aceitar o papel social feminino ditado e restrito pela cultura vigente. Assim, Neri (2005) conclui:

[...] o caminho que conduziria a mulher a aceder o destino verdadeiramente feminino, ou seja, à passividade e à maternidade, levaria inevitavelmente à neurose e à frigidez. Mãe e esposa passiva, neurótica e frígida, este parece ser o horizonte que se configura para a sexualidade feminina nesse primeiro momento das elaborações freudianas sobre a sexualidade feminina (NERI, 2005, p. 180).

Em suma, a primeira tópica freudiana acerca da sexualidade feminina revela que a mulher deveria abrir mão de uma posição ativa em nome de um lugar passivo, neutralizando o “excesso” do sexual. A transição da zona erógena do clitóris para a vagina seria falsa e seria a principal fonte da neurose feminina. Todavia, a partir de 1923, Freud formula uma nova concepção da diferença dos sexos, desta vez psíquica, e propõe um novo modelo de desenvolvimento libidinal para as mulheres. Freud irá avançar ao postular que se torna mulher em um processo de construção psíquico, de um “vir a ser”, todavia, ainda se mantém arraigado nos paradigmas históricos, caucionando valores misóginos da cultura frente às mulheres. É o que se pretende mostrar no capítulo a seguir.

CAPITULO VII

7 SEXUALIDADE FEMININA SEGUNDO FREUD: a Segunda Tópica

No capítulo anterior abordou-se a sexualidade feminina na primeira tópica freudiana. Afirmou-se que Freud trouxe grandes avanços teóricos em relação ao debate sobre a sexualidade no século XIX: esta não seria restrita a procriação, mas buscaria o prazer que, por sua vez, não é igual para todos os humanos que têm cada um sua constituição psíquica singular. Desta forma, afirma-se que Freud debateu com suas publicações com o determinismo biológico e as concepções psiquiátricas de sua época, produzindo uma concepção original de sexualidade.

Contudo, na primeira tópica, em relação à sexualidade feminina, suas contribuições ainda se mantiveram determinadas pelo paradigma do sexo único e das diferenças sexuais, antes que pudesse inovar também sobre as mulheres, formulando a hipótese da sexualidade feminina originária recalcada.

Ao que parece, ao debruçar-se na clínica sobre os conflitos psíquicos de seus pacientes, Freud aproximou-se do paradigma do sexo único para descobri-lo nos pensamentos inconscientes, precisamente na fantasia infantil de meninas e meninos onde habitaria a estranha noção de “um sexo para todos”: ter um sexo é possuir um órgão masculino.

A descoberta freudiana dessa estranha figura indicava que a criança não veria propriamente uma diferença sexual entre homens e mulheres, mas algo como “um único sexo para todos”, que Freud nomeia bissexualidade, um pouco inapropriadamente, pois também não encontra vestígios na fantasia inconsciente de uma figura para nomear como órgão feminino. O que há de reconhecimento são atributos passivos e ativos no inconsciente. Contudo, apenas a pulsão ativa é evidenciada, sendo a passiva a diminuição desta atividade, o que mais uma vez remete a noção do masculino ser o preponderante no inconsciente.

Também encontrou nesse universo imaginário recalcado infantil uma angústia ligada a essa estranha figura, nomeada aqui como “único sexo para todos”, que portariam homens e mulheres. À essa angústia, diante da ameaça de perdê-lo, chamou de “angústia de castração”. Nesse ponto, se deparou na clínica com processos psíquicos muito mais sofisticados que só pode nomear como “complexo”, uma vez que tal perda estaria ligada, nos meninos, a sentimentos de horror e mutilação.

Verificou que o medo de perder o amor dos pais diante de um novo irmãozinho ou ainda de uma gravidez de sua mãe, é o que faria a criança mover-se pela curiosidade e buscar

entender a origem dos bebês. Seria apenas diante de um fato da realidade, ao deparar-se com a ausência do pênis e diante da ameaça de perdê-lo que ela iria buscar recursos psíquicos para lidar com a angústia ameaçadora do medo de ser castrado.

Entretanto, considerar apenas o sexo masculino como referência não é, nem foi, sem consequências. No decorrer da primeira tópica, Freud teorizou sobre a sexualidade a partir do modelo masculino, considerando o feminino análogo. Assim, ele reproduziu um discurso histórico em que o homem é universal, transparente, aquele que pode ser elucidado e que é referência para a ciência, tal como os discursos anatômicos até meados do século XVIII, apresentados por Laqueur (1992). Pode-se afirmar que este movimento freudiano foi negligente com as mulheres em um primeiro momento, mesmo ele revelando sua dificuldade em adentrar no universo feminino.

Além disso, Freud demarcou que a feminilidade se daria por meio do abandono da atividade clitoriana para assunção da passividade. A inveja tida como marca universal feminina e o nascimento de um filho como a saída psíquica para as mulheres apresentam uma aproximação de sua teoria com o padrão de feminilidade surgido na Revolução Francesa e presente até os dias atuais. Irá se verificar que estes dois pontos ainda continuarão presentes ao longo da segunda tópica.

Obviamente, sua teoria é descrita em termos psíquicos, logo, Freud justificou algumas críticas alegando que sua análise se refere ao desenvolvimento constitucional do psiquismo, o que parecia afastá-la de uma postura influenciada pela cultura machista e patriarcal. Freud, de fato, reconhecia as mulheres, afinal, foram elas que os auxiliaram no desenvolvimento de sua nova compreensão acerca da sexualidade feminina na segunda tópica. Entretanto, é preciso reconhecer: há percalços no meio do caminho, afinal, Freud fora um homem de seu tempo.

Ainda na nota de rodapé dos Três Ensaio, ele declara que feminino e masculino fazem parte da constituição humana. Esta afirmativa parece trazer outras possibilidades de pensar sobre as novas configurações de sexualidade contemporâneas. Porém, o uso dos termos linguísticos escolhidos por ele não podem ser dissociados de uma representatividade social e cultural que o cercava: masculino representa atividade, feminino representa passividade.

Este capítulo tem como objetivo dar continuidade a análise realizada no capítulo anterior, a partir dos principais textos da segunda tópica freudiana sobre sexualidade feminina. Em síntese, o interesse de Freud para a psicologia feminina, de acordo com Strachey (1982[1895]) e Nunes (2000), ocorreu de forma pontual nos textos: “Uma criança é espancada” (1919), “Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher” (1920) e

“O Eu e o Isso” (1923). Porém é no artigo “A dissolução do Complexo de Édipo” (1924) que pareceu desenvolver a chave para sua nova tese, dando embasamento para seu importante texto “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), considerado a primeira e completa reavaliação de Freud sobre o desenvolvimento psicológico das mulheres e contém o âmago para seus trabalhos posteriores, a Sexualidade Feminina (1931), Conferência XXXIII e, posteriormente, o capítulo VII do Esboço em Psicanálise.

Pode-se afirmar que foi na segunda tópica freudiana que emergiu um segundo enunciado ao psiquismo feminino por meio dos textos sobre feminilidade e que, para tal, foi de grande importância à observação de psicanalistas mulheres – fato que se tornou possível devido ao movimento de emancipação do entre guerras, pois as mulheres puderam começar a se libertar da alienação religiosa, social e sexual, sendo possível ocupar na instituição freudiana um lugar completo, tornando-se médicas ou psicanalistas e participando da reformulação da teoria freudiana clássica (BIRMAN, 1999; RODINESCO E PLON, 1998).

A questão da sexualidade feminina dividiu o movimento psicanalítico a partir de 1920 à medida que as mulheres foram assumindo nele um lugar central. A colaboração de psicanalistas mulheres sobre a questão da sexualidade feminina – tais como Helene Deutsch, Marie Bonaparte, Jeanne Lampl-De Groot, Ruth Mack-Brunswick – foi reconhecida por Freud (1932, p. 117), como podemos observar em suas palavras: “em épocas recentes, começamos a aprender um pouco dessas coisas, graças à circunstância de várias de nossas excelentes colegas de análise terem começado a trabalhar a questão”.

Na Conferência sobre Feminilidade, Freud (1932, p. 117) ainda complementa:

[...]pois essas senhoras, sempre que alguma comparação parecia mostrar-se desfavorável ao seu sexo, conseguiram expressar a suspeita de que nós, analistas homens, não tínhamos conseguido superar determinados preconceitos profundamente arraigados contra aquilo que era feminino. Nós, por nossa vez, com base na bissexualidade, não tínhamos dificuldade em evitar a indelicadeza.

De certo, a sexualidade feminina e a feminilidade são questões polêmicas na psicanálise, reconhecida pelo seu próprio fundador, uma vez que mesmo em seus artigos sobre Feminilidade, Freud (1932) reconhece a psicologia como incapaz de solucionar o que ele considerava ser o “enigma da feminilidade” e afirma não tentar descrever a mulher – tarefa, para ele, impossível de cumprir.

7.1 A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE PELAS IDENTIFICAÇÕES

De acordo com Nunes (2000), as obras “Uma criança é espancada” (1919), “Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher” (1920) e “O Eu e o Isso” (1923) levaram Freud a questionar o vínculo entre escolha de objeto de amor e a natureza biológica e deram o fundamento para a virada teórica sobre sexualidade feminina que se iniciou em 1924, com a publicação “A dissolução do Complexo de Édipo”. Portanto, antes de adentrarmos aos textos da segunda tópica freudiana sobre a sexualidade feminina, realizaremos uma breve passagem por estes artigos, a fim de avaliar suas contribuições na elaboração do pensamento de Freud.

O artigo “Uma criança é espancada” surge a partir do estudo de seis casos, 4 femininos e 2 masculinos, em que Freud (1919) se propõe a estudar a fantasia infantil de espancamento. Um dos fatos interessantes observados neste texto é que a referência de análise se pauta a partir do referencial feminino, com a justificativa deste constituir a maior parte do material clínico. Além disso, já há uma demarcação da impossibilidade de analogia completa entre meninos e meninas, como se pode observar em suas palavras: “Esperava, naturalmente, encontrar uma analogia completa entre a situação no caso dos meninos e no das meninas [...] era enganosa a expectativa de haver um paralelo completo” (FREUD, 1919, p.211).

A análise feita por Freud (1919), como ele bem sugere, auxilia a esclarecer a gênese das perversões, do masoquismo, assim como auxilia na avaliação do papel desempenhado na diferença de sexo na dinâmica da neurose. Ao tratar da perversão, especificamente do caso de homossexualismo, Freud (1919) considera errôneo acreditar que este seria congênito, pois seria a sexualidade infantil e sua passagem pelo complexo de Édipo que determinaria o desenvolvimento posterior da neurose no adulto: “a fantasia de espancamento e outras fixações perversas análogas também seriam apenas resíduos do complexo de Édipo, cicatrizes, por assim dizer, deixadas pelo processo que terminou [...]” (FREUD, 1919, p.208).

Esta afirmativa demarca a importância do conceito de identificação que Freud irá desenvolver ao longo de sua teoria, onde sexualidade é um processo de construção subjetiva, permeada por fantasias inconscientes que, não necessariamente, provém de uma identificação com o sexo oposto, ultrapassando a noção da anatomia como destino.

O artigo “Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher” (1920) aborda o caso de uma paciente atendida por Freud em que ele busca compreender a origem de sua homossexualidade. Surge então o que ele chama de “pré-história do Édipo”, pois ele

analisa que não há relação de fixação com o pai, tal como ele esperava que ocorresse, mas uma fixação amorosa anterior ao Édipo, uma fixação à mãe.

Freud (1920) passa a considerar a homossexualidade feminina como decorrente do Édipo feminino. Todavia, esta compreensão faz emergir um novo questionamento: se toda menina passa por essa primeira relação com a mãe e adota uma postura masculina, como escapar desta posição homossexual da primeira infância? Tal questionamento parece ter sido importante para as elaborações futuras em relação a fase pré-edípica na menina, abordada nos textos sobre sexualidade feminina. Freud (1920, p. 211) ainda argumenta:

a psicanálise não pode elucidar a natureza intrínseca daquilo que na fraseologia convencional ou biológica é denominado de masculino e feminino. Ela simplesmente toma os dois conceitos e faz deles a base de seu trabalho. Quando tentamos reduzi-los, mais ainda, descobrimos a masculinidade desvanecendo-se em atividade e a feminilidade em passividade, e isso não diz o bastante.

Como se pode observar, Freud tenta separar a perspectiva biologizante e remeter o conceito de masculinidade e feminilidade ao senso comum, iniciando sua argumentação mais enfática de que a atividade e passividade não seriam diretamente associadas a masculino e feminino, mas sim a uma cadeia simbólica, *constructo* de um processo psíquico paulatino, meio a inserções na cultura (NUNES, 2000).

Para Nunes (2000) foi a noção de identificação como fundamento da constituição da subjetividade que o levou a questionar o percurso feminino e reconhecer a fragilidade de sua tese anterior, pautada no referencial masculino. Foi neste contexto que Freud pensou que a bissexualidade infantil poderia possibilitar dois aspectos no complexo de Édipo, com consequências mais profundas na subjetividade.

Em “Eu o Isso”, texto considerado fundamental no advento da segunda tópica freudiana, Freud (1923) irá teorizar sobre as identificações. Segundo sua análise, há uma identificação primária, anterior a todo investimento objetal, que teria efeitos gerais e duradouros, propiciando o nascimento do Ideal do Eu.

O termo *Idealich* (eu ideal) já havia sido usado por Freud em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914) e volta em “Eu e o Isso” (1923), mas, segundo Laplanche e Pontalis (1982[1994]), não se encontra qualquer distinção conceitual entre *Idealich* (eu ideal) e *Ichideal* (ideal do eu).

De acordo com Laplanche e Pontalis (1982[1994]), após Freud, vários autores retomaram o par formado por estes termos para designar duas formações intrapsíquicas diferentes. Lagache afirmou a importância em distinguir o eu ideal, que seria o resultado de

uma formação narcísica inconsciente que corresponderia à identificação primária com a mãe, e do Ideal de eu, aquele proveniente das identificações no Complexo de Édipo. Sobre o nascimento do eu ideal, voltemos às palavras de Freud (1914) no texto do Narcisismo a fim de compreender como ocorreria esta identificação primária:

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. Como sempre no campo da libido, o ser humano mostra-se incapaz de renunciar à satisfação [...], entretanto, não poderá manter-se sempre nesse estado, pois as admoestações próprias da educação, bem como o despertar de sua capacidade interna de ajuizar, irão perturbar tal intenção. Ele procurará recuperá-lo então na nova forma em um ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal [...] O desenvolvimento do Eu consiste em um processo de distanciamento do narcisismo primário e produz intenso anseio de recuperá-lo. Esse distanciamento ocorre por meio de um deslocamento da libido em direção ao Ideal-de-Eu que foi imposto a partir de fora e a satisfação é obtida agora pela realização desse ideal (FREUD, 1914, p. 117).

Portanto, para Freud (1914), há dois momentos de importância no desenvolvimento do eu: o narcisismo primário e outro proveniente do nascimento do Eu, do deslocamento da libido a objetos externos que, através da formação de ideais, irá elevar o nível das exigências do Eu e será o fator fortalecedor do recalque.

A partir dessas conceituações, em “Eu e o Isso”, Freud (1923) retomará ao tema e irá considerar que a identificação secundária proveria do caráter triangular do Complexo de Édipo e da bissexualidade. No caso do menino, a criança teria uma relação com a mãe calcada no objeto, o seio materno, escolha por apoio. Com o pai haveria uma identificação temporária, posto que ao se intensificar os desejos sexuais com relação à mãe, este pai passaria a ser percebido como um obstáculo que precisa ser afastado do caminho, inaugurando um sentimento de ambivalência para com este, devido à emergência da hostilidade ao pai – o que configura o Complexo de Édipo. Para o declínio deste pode haver duas saídas psíquicas: a desistência do investimento do menino em relação à mãe e uma identificação com ela ou uma identificação reforçada com o pai. Portanto, há uma identificação primária, correspondente ao narcisismo, e uma identificação secundária, decorrente do Complexo de Édipo.

Segundo Birman (1999, p. 195), seria a partir desta identificação secundária que ocorreria a constituição da instância psíquica ideal do eu – que seria uma transformação do eu-ideal, isto é, da organização narcísica primária e originária –, assim como do supraeu como instância interditiva e representação interiorizada dos imperativos morais. Em suas palavras:

“o supraeu, enfim, seria a resultante maior do complexo de Édipo [...], o representante por excelência do mundo moral na subjetividade”.

Para Nunes (2000), Freud associou a identificação a um processo de simbolização. O primeiro aspecto referiu-se à força relativa das disposições masculina e feminina, pois seriam elas que determinariam o desfecho da situação edípica por uma identificação que poderia ocorrer com o pai ou com a mãe. O segundo seria referente ao fato da bissexualidade culminar em Complexo de Édipo composto, isto é, não há apenas sentimentos de amor por um genitor e ódio para com outro, há também afeto por aquele que se rivaliza e sentimento de ciúme e hostilidade por aquele que se ama.

Nunes (2000) ainda considera que estes postulados desconstruem a ideia predeterminada de uma escolha amorosa. A compreensão de que a menina necessariamente irá ser atraída pelo pai e o menino obrigatoriamente será atraído pela mãe se mostra falha:

Freud percebe que tudo se passa de maneira bastante desvinculada daquilo que ele supõe ser natural e passa a duvidar de uma atração inata pelo sexo oposto, tanto em relação ao Édipo infantil quanto em relação à vida adulta posterior. O complexo de castração passa a ser mais elaborado, articulado ao Complexo de Édipo, e ganha uma dimensão simbólica, tornando-se central para a constituição da subjetividade de homens e mulheres (NUNES, 1995, p.186).

Portanto, pode se considerar que é a partir das mudanças operadas no complexo de castração, no complexo de Édipo e no deslocamento da dualidade masculino/feminino que Freud irá reformular sua concepção sobre a sexualidade feminina, sustentando que a anatomia é um ponto de demarcação, mas a construção da sexualidade é psíquica.

7.2 A PRIMAZIA DO FALO: BREVES CONSIDERAÇÕES

A década de 1920 apresentou uma nova construção do pensamento freudiano em relação à sexualidade feminina. Seus enunciados iniciam em 1923 com o artigo intitulado “A organização genital infantil”, quando Freud retoma o debate sobre passividade e atividade, masculinidade e feminilidade.

Cabe ressaltar que neste texto, Freud (1923, p. 158) ainda não se referia às meninas, como bem pode ser observado em suas palavras: “infelizmente, podemos descrever este estado de coisas apenas no ponto que afeta a criança do sexo masculino; os processos correspondentes às meninas não conhecemos”, entretanto, é um texto considerado propulsor

do novo pensamento freudiano devido a articulação entre o complexo de castração e o complexo de Édipo.

Como demonstrado no capítulo anterior, o artigo “Três Ensaios da Teoria da Sexualidade” considerava a universalidade do pênis na fantasia infantil. Contudo a partir de “A organização genital infantil” há uma nova ênfase à falta do pênis e a castração. De acordo com Neri (2005), clitóris e pênis deixam de ser simétricos e passa a haver uma oposição entre o pênis e o ser castrado.

A formulação de que o principal da organização infantil é a primazia do falo é proposta por Freud (1923) e autores posteriores, como Jacques Lacan, que irão atribuir grande importância a esta afirmativa, mas para dar-lhe uma feição absolutamente nova, que não cabe nos objetivos deste trabalho. Para analisar a formulação freudiana, recorreremos às palavras do fundador da psicanálise:

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

Esta afirmativa parece retirar o foco dos órgãos genitais de maneira genérica e tratar o falo como único órgão sexual a manifestar-se por sua presença e ausência. De acordo com Lynch (2006), para ambos os sexos, o que há é a primazia disso que representa o que parece faltar para os sexos, o representante do objeto de desejo por excelência. Assim, se antes se falava no reconhecimento de um monismo sexual, haverá a substituição para o monismo fálico.

É importante ressaltar que, neste artigo, Freud (1923) não avança em relação à questão feminina especificamente. Mantendo seus pressupostos ancorados no paradigma do sexo único, descreve o Complexo de castração apenas pela via do sexo masculino. O pênis, porquanto (tal como na primeira tópica), é o único órgão reconhecido e superestimado pelo garoto. Nas palavras de Freud:

para ele é natural presumir que todos os outros seres vivos, humanos e animais, possuem um órgão genital como o seu próprio; sabemos, é verdade, que ele procura um órgão análogo ao seu nas coisas inanimadas. Essa parte do corpo, facilmente excitável, inclinada a mudanças e tão rica em sensações, ocupa o interesse do menino em alto grau e constantemente estabelece novas tarefas pulsionais de pesquisa (FREUD, 1923, p.158).

Diante da visão acidental dos órgãos genitais femininos, os meninos rejeitam o que vêem e ainda acreditam na existência do pênis. Somente depois, lentamente, chegam à conclusão emocionalmente significativa de que o pênis estivera lá e fora retirado – a falta do pênis é vista como resultado de uma castração. Nas palavras de Freud (1923, p. 159), “o significado do complexo de castração só pode ser corretamente apreciado se sua origem na fase da primazia fálica for também levada em consideração”.

Sobre esta afirmativa, há uma nota de rodapé que afirma que a criança sofre um dano narcísico mediante a separação do útero ao nascer, diante da experiência de perder o seio da mãe após o sugar e da entrega diária das fezes, entretanto, “não deveria falar de um complexo de castração até essa ideia de perda ter-se vinculado aos órgãos genitais masculinos”, denotando a preponderância do sexo único em suas formulações, em que o pênis e a castração deste teriam papel central em sua teoria (FREUD, 1923, p.159).

Para Freud (1923) nos meninos se observa certo grau de desprezo para com a mulher, o horror a elas e ao homossexualismo que derivariam, portanto, da convicção final de que as mulheres não possuem pênis. Esta afirmativa parece remeter ao pensamento antigo em que o corpo da mulher é considerado imperfeito. Contudo, na teoria freudiana, a imperfeição do corpo da mulher estaria marcada pela mutilação que causaria horror, pela ameaça que este evocaria na fantasia do menino.

Inicialmente, de acordo com Freud (1923), os meninos acreditam que sua mãe ainda possui um pênis e que apenas as mulheres desprezíveis seriam castradas, resultado de uma punição decorrente de impulsos inadmissíveis, semelhantes aos seus próprios – o desejo sexual edípico. Ora, se a mãe é vista pela criança como uma “mulher boa”, que não tem impulsos inadmissíveis incestuosos – àquela que abandona a atividade clitoriana (masculinidade) em prol da passivação feminina desenvolvendo uma inibição sexual – enquanto as demais, com sexualidade excessiva e ativa, são vistas como merecedoras de punição, a teoria freudiana parece amparar-se no padrão de feminilidade construído ideologicamente no século XVIII pelos filósofos iluministas em parceria com a medicina. Aquilo que fora postulado socialmente passa a ser transportado a termos psíquicos.

Retornando ao texto de Freud, ao abordar novamente os problemas da origem e nascimento dos bebês, afirma que as crianças percebem que apenas as mulheres podem dar-lhes um nascimento e que suas mães perdem o pênis. Assim, juntamente com tal descoberta, os meninos constroem teorias para explicar a troca do pênis por um bebê, já que imaginam que o bebê virá de dentro do corpo da mãe, pelo ânus. Assim, Freud conclui:

no estágio da organização pré-genital sádico-anal ainda não existe a questão de masculino e feminino; a antítese entre passivo e ativo é dominante. No estágio seguinte da organização genital infantil, sobre o qual agora temos conhecimento, existe masculinidade, mas não feminilidade. A antítese aqui é entre possuir um órgão genital masculino e ser castrado. Somente após o desenvolvimento haver atingido seu completamento, na puberdade, que a polaridade sexual coincide com masculino e feminino. A masculinidade combina [os fatores de] sujeito, atividade e posse do pênis; a feminilidade encampa [os de] objeto e passividade. A vagina agora é valorizada como lugar de abrigo ao pênis, ingressa na herança do útero (*grifo meu*, FREUD, 1923, p.161).

Nesta afirmativa, Freud (1923) propõe que anterior a fase fálica não há masculino e feminino, o que há são elementos ativos e passivos, portanto, não existe nenhuma distinção em relação aos sexos, há uma bissexualidade infantil. Com a chegada da fase fálica, entretanto, desenvolve-se a masculinidade como marca universal do ser humano, posto o reconhecimento de apenas um sexo para todos. O desenvolvimento da feminilidade irá ocorrer apenas posteriormente, na puberdade, quando a atividade irá coincidir com masculinidade e o pênis, e a feminilidade com passividade, havendo a valorização da vagina, que passa a ser vista como um órgão de abrigo ao pênis, isto é, que passa a existir e está para o pênis. Em suma, como resume Sigal (2009), as fases pré-genitais seriam marcadas por ativo-passivo, a fase genital infantil fálico-castrado e a genitalidade adulta, que se constitui apenas na puberdade, feminino-masculino.

Neri (2005) também comenta sobre a importância desta afirmativa pela qual Freud introduz o falo como operador da diferença sexual – em que a questão gira em torno de ter ou não ter o falo – que conduz uma concepção da diferença sexual na qual só existe um sexo, o masculino, a oposição sexual não se dando em termos masculino-feminino, e sim, masculino-castrado. Dessa forma, o feminino parece estar associado à mulher como um ser mutilado, sem um pedaço do corpo, sob o signo de uma subtração, um ser de falta.

De acordo com Sigal (2009, p. 35), esta questão é fundamental na obra freudiana, pois propõe uma mudança que ressignifica grande parte daquilo que foi consolidado, sendo “à coluna vertebral” a partir do qual a teoria se modifica. Para a autora, Freud define a sexualidade em dois tempos - genital infantil e genital adulto -, e demarca que o sexual não pode ser reduzido ao genital. Na dicotomia da organização genital adulta a diferença se estabelece entre pênis e vagina, enquanto na infantil, fálico-castrado – que não equivale ser homem-mulher.

Este artigo é para Sigal (2009) de extrema importância, sendo polêmico devido o lugar aparentemente destinado à mulher, tornando-se alvo das críticas feministas com acusação de falocentrismo. Porém, a autora discorda de tal entendimento ao afirmar que acredita haver

uma interpretação distante do que Freud busca transmitir: fálico e masculino não coincidem, tampouco a valorização do falo desprivilegiaria a mulher, uma vez que nesse momento da organização genital a vagina não apareceria como representável – portanto, haveria uma distorção ideológica.

Em seu argumento, Freud não estaria se referindo a mulher especificamente, já que no texto ele não aborda o referencial feminino e a vagina não aparece como representável. Segundo a autora, o que está em pauta é a visão infantil ocorrida na fase fálica e o fato desse imaginário ser arrastado até a vida adulta, conseqüentemente, seria a recusa da visão da castração que faria com que a vagina fosse representada como órgão.

Ao se referir às “pessoas desprezíveis do sexo feminino” e “pessoas respeitáveis como sua própria mãe”, Sigal (2009) entende que não se trataria em “desprezível” ou “respeitável” pelo fato de ser mulher, mas sim de pessoas castradas e a mãe fálica, que no imaginário conserva o falo. Para ela, o homem, enquanto passível de ser castrado, sofreria a mesma desvalorização.

Assimilar ativo-fálico-masculino ao passivo-castrado-feminino seria um erro devido essas categorias corresponderem a diferentes momentos da posição libidinal. Assim, Sigal (2009, p. 44) afirma: “podemos falar de mulher-fálica, homem-castrado, homem-passivo, mulher-ativa não só como posições patológicas tão frequentemente utilizadas, mas como diversidades da organização libidinal, compondo aspectos pré-genitais, genitais-infantis e adultos”.

Conforme Sigal (2009) esta compreensão pode permitir retomar o conceito de bissexualidade e romper a lógica binária, pois há o reconhecimento de que o mundo não é transitado apenas por homens e mulheres e possibilita pensar na sexualidade como uma multiplicidade de sexuações que compõem a subjetividade.

Assim, para Sigal (2009), interpretar o sexual do inconsciente parece subverter a ordem do determinismo biológico da sexualidade, bem como de uma essência metafísica. Por mais que os termos façam referência a órgãos masculinos, Freud parece propor uma teoria para além da biologia: fálico-castrado seria um processo inconsciente para lidar com a diferença sexual e com os desejos libidinosos que precisam ser interditados pela cultura, independe da genitália apresentada no corpo.

Entretanto, é inegável a existência de um paradoxo na teoria freudiana: há referências do órgão anatômico (o pênis) em evidência, sendo sua ausência ou presença determinante no processo de subjetivação. Afinal, dois pontos se fazem destacar: a vagina não é reconhecida, tal como ocorreu na no paradigma do sexo único em que se negava o corpo feminino, sendo

este apenas a imperfeição do corpo masculino. E, de acordo com Neri (2005), mesmo sob argumento da primazia do falo ser um movimento psíquico, a criança dentro de sua bissexualidade tenderá a reconhecer o masculino como o “corpo perfeito”, em que nada falta – o que nos leva a pensar na influência do sexo único no pensamento de Freud.

De acordo com Neri (2005) se, na lógica fálica, o falo, enquanto operador simbólico vem designar a falta para ambos os sexos, não haveria porque na teoria freudiana sobre a sexualidade feminina, a menina se sentir tão inferiorizada diante da descoberta da castração, nem ter a inveja do pênis como sua marca central. Além disso, apesar de Freud (1923) substituir o monismo sexual para um único referencial fálico, o monismo fálico, verifica-se a manutenção da formulação da inveja do pênis e a inveja do falo, fato que aponta para uma sinonímia entre pênis e falo.

Para Birman (1999), na equivalência entre pênis e falo, a figura do homem seria detentora do falo e a mulher, faltante, marcada pela inveja. Falo então representaria a perfeição, ou seja, tudo aquilo que o sujeito pretenderia atingir, mediante sua plenitude e completude. Portanto, o ideal do sujeito passaria necessariamente pela perfeição:

[...]pela mediação do falo o discurso freudiano retoma decididamente e de seu modo a concepção da Antiguidade, segundo a qual o pólo masculino representaria a perfeição e o feminino, a imperfeição. Como na concepção antiga, o pólo feminino da imperfeição poderia se alçar ao da perfeição, tanta pela condição de ser como de ter o falo. Com isso, a figura da mulher poderia, por via da maternidade, atingir a perfeição, pela condição de ter o falo pela mediação da figura da criança. Vale dizer, seria paradoxalmente pela sua condição limite, ocasionada por sua diferença ontológica do sexo, que a figura da mulher poderia atingir afinal o pináculo da perfeição, pela possibilidade de ser mãe (BIRMAN,1999, p. 208-209)

Sigal (2009) também problematiza a inveja do pênis como invariante universal e questiona se a primazia do falo e se a consequente inveja são universais ou se provém de uma teoria oriunda do modo sócio-histórico de subjetivação de homens e mulheres. Para ela, a diferença entre os sexos refletida à luz das teorias de gênero deve convocar os psicanalistas a pensar, pelo menos, se o novo lugar que a mulher ocupa na modernidade não mereceria que esta teoria fosse reconsiderada.

Assim, lança a pergunta, não terá sido o discurso masculino hegemônico que construiu a feminilidade como enigma? Para a autora, tomar “o masculino” como referência do gênero humano não é uma atitude ingênua e sem repercussões, pois ao se instituir determinadas categorias epistemológicas, há o direcionamento do pensamento para percorrer caminhos específicos, em detrimento de outros.

Em suma, conforme aponta Kehl (2007), este artigo freudiano estabelece que o masculino, nas teorias sexuais das crianças, compreende o sujeito/atividade/posse do pênis, ao passo que o feminino ocuparia passividade/castração.

7.3 O INÍCIO DE UM NOVO PENSAMENTO SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA

Como já evidenciado ao longo deste trabalho, a década de 1920 apresenta novas compreensões psicanalíticas acerca da sexualidade feminina. Nelas, Freud passa a reconhecer a importância em diferenciar o desenvolvimento sexual dos meninos e meninas, além de destacar os destinos da sexualidade das mulheres e suas singularidades, como a importância do período pré-edípico.

Examinaremos, portanto, “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos”, artigo considerado fundamental por Strachey (1982[1985]) e Nunes (2000), devido possibilitar o amadurecimento da teoria freudiana sobre a sexualidade feminina, culminando nas produções finais, nas quais Freud irá abordar especificamente esta temática: “Sexualidade Feminina” (1931) e “Feminilidade” (1933).

Com o fim de abordar os textos da segunda tópica sobre sexualidade feminina, de acordo com o objetivo deste trabalho, dividiu-se a apresentação teórica nos seguintes tópicos: a) O período pré-edípico na menina; b) O “defeito” feminino e suas consequências; c) “Tornar-se mulher?” As marcas da feminilidade!; d) A anatomia não é o destino!; e) Os impasses freudianos em relação ao “Tornar-se mulher”; f) O repúdio da feminilidade; g) Uma nova gramática do erotismo: a feminilidade originária; h) repensando a teoria freudiana.

7.3.1 O período pré-edípico feminino

Freud (1925) publica um novo artigo intitulado “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, no qual dá continuidade ao desenvolvimento da sexualidade das meninas. Strachey (1982) irá destacar a importância deste artigo por considerá-lo a primeira e completa reavaliação das opiniões de Freud sobre o desenvolvimento psicológico das mulheres, além de também conter o embrião para o trabalho posterior sobre a feminilidade, que será encontrado em “Sexualidade Feminina” (1931).

Freud (1925) consolida neste artigo sua nova posição metodológica de analisar a sexualidade feminina sem tomar como modelo fundamental o desenvolvimento no menino. Em suas palavras:

Examinando as primeiras formas mentais assumidas pela vida sexual das crianças, habituamo-nos a tomar como tema de nossa investigação a criança do sexo masculino, o menino. Com as meninas, assim supúnhamos, as coisas deviam ser semelhantes, embora de um modo ou de outro, elas tenham, não obstante, de ser diferentes (FREUD, 1925, p. 278).

Retomando a problemática levantada em 1920, no caso da jovem homossexual, Freud (1925) propõe que a relação da menina com seu pai seria a transferência de uma relação inicial com a mãe. Portanto, a partir deste ensaio, há a demarcação da importância da fase pré-edípica, que irá ser tema central nos demais textos sobre a sexualidade feminina. Esta ideia irá reproduzir uma dissimetria fundamental entre o desenvolvimento sexual de meninos e meninas que marcará a entrada e a saída do Complexo de Édipo. Portanto, retomaremos ao desenvolvimento do Édipo para demarcar com precisão estas novas considerações freudianas.

De início há o reconhecimento de uma posição dupla, ativa e passiva, na fase pré-edípica, comum a meninos e meninas. O menino também desejaria tomar o lugar da mãe, como objeto de amor de seu pai, fato considerado uma “atitude feminina”. Mas há também a identificação com o pai e uma atividade masturbatória dos órgãos genitais, ainda como ato espontâneo do manuseio do corpo, fato que, já em 1925, é posto em relação ao Édipo (*grifo meu*, FREUD, 1925, p. 279).

Aqui, é oportuno realizar um adendo: há neste enunciado duas ideias antitéticas. Ao mesmo tempo em que Freud (1925) parece reconhecer a bissexualidade como marca inerente ao ser humano (há atividade e passividade no Inconsciente), há também a associação entre passividade e atitude feminina, pois para o menino, ficar no lugar do pai é ter uma atitude feminina. Portanto, verifica-se que há a tentativa de descolamento das raízes normativas da natureza determinista, porém as armadilhas linguísticas/conceituais que envolvem a utilização de conceitos denunciam as amarras socioculturais e históricas em sua elaboração teórica.

Retomemos a Freud. O menino ingressaria no Complexo de Édipo por meio desta relação de amor primeiro com a mãe. Seu pai apareceria como um rival para separar o filho do amor da mãe. A saída do complexo de Édipo se daria pela ameaça de castração, devido à conclusão que sua mãe é castrada e diante do temor de perder seu órgão narcisicamente estimado. Assim, o declínio do Édipo do menino seria decorrente do complexo de castração.

Há uma novidade teórica sobre a sexualidade da menina, que irá se afastar do proposto no artigo Complexo de Édipo, de 1924: Apesar de a mãe ser o objeto inicial de ambos os sexos, a fase pré-edípica da menina traria um problema a mais que nos meninos, pois seria marcada pela intensidade e duração da ligação com a figura materna. A primeira relação com

o objeto, a mãe, marcaria profundamente os anos mais fundamentais do desenvolvimento sexual das meninas.

Em síntese, seria a partir da percepção de que sua mãe é castrada e da identificação com castração materna que a menina irá desenvolver uma hostilidade para com sua mãe e voltar-se ao pai, como aquele possível detentor do que ela não tem. Portanto, o complexo de castração da menina ocorreria diante da hostilidade com a mãe emergente da constatação da castração em ambas e teria como resultado a entrada no Complexo de Édipo.

Finalmente, chegamos ao texto mais importante deste período. Em “Sexualidade feminina”, Freud (1931, p. 373) ao enfatizar a importância da fase pré-edípica na sexualidade da menina, destacará a relação ambivalente desta e sua mãe. Sua análise considerará que a relação entre mãe e filha conterà todas as fixações e repressões a que ele fez remontar o surgimento das neuroses, afirmando que a mulher atinge a situação edípica positiva somente após ter superado uma época anterior, dominada pelo complexo negativo. Sobre este momento, Freud (1931, p. 375) afirma: “a forte dependência da mulher em relação ao pai é apenas herdeira de uma ligação com a mãe, igualmente forte, e esta fase anterior teve uma duração inesperadamente longa”.

Ao iniciar o artigo, ele realiza uma comparação entre a descoberta do período pré-edípico e a arqueologia:

A percepção da anterior fase pré-edípica da garota é para nós uma surpresa, semelhante à descoberta, em outro campo, da civilização minóico-micênica por trás da grega [...] Mas talvez essa impressão me viesse do fato de que mulheres podiam se apegar, na análise comigo, à mesma ligação ao pai em que se haviam refugiado após a fase anterior em questão (FREUD, 1931, p. 374)

A psicanalista Juliet Mitchell vai comentar sobre este trecho:

O complexo de Édipo, do qual quase podemos dizer que representa a estrutura da cultura patriarcal, ocultou a fase pré-edípica, como o fez Freud, um analista do sexo masculino que, reproduzindo os caminhos da cultura, obscureceu o papel da mãe para as suas pacientes. Como a civilização grega domina a estrutura analítica, a ligação com a mãe, que é o fator mais decisivo, não foi descoberta por Freud senão muito tarde. E ele explicou a dificuldade que teve em desenterrar as relíquias “mino-micênicas” (MITCHEL, 1979, p. 127).

Freud (1931), reconhecendo a importância das psicanalistas como Jeanne Lampl-de Groot e Helene Deutsch, avalia que ele ainda não havia conseguido penetrar com profundidade no âmbito desta primeira relação da menina com a mãe. Entretanto, devido o auxílio para a transferência para um substituto materno adequado, estas mulheres psicanalistas

puderam realizar nítidas observações nas pacientes sob seu tratamento, auxiliando-o na nova elaboração teórica, que tentaremos apresentar a seguir.

O primeiro objeto de amor para todas as crianças seria a mãe ou aquela que exerce a função materna, pois é dela que a criança irá receber os cuidados necessários para sua sobrevivência, como a alimentação e higiene corporal. Estas são condições primordiais para o desenvolvimento infantil, afinal, um bebê não sobrevive sem o cuidado do outro e a mãe, via de regra, é quem dispensa estes primeiros cuidados ao ser que acabou de gerar. Portanto, Freud (1931) irá afirmar que meninos e meninas terão a mãe como seu primeiro objeto de amor. Contudo, nos meninos este objeto permanecerá o mesmo, mantendo-se no período do Édipo, e tendo seu fim com a ameaça de castração, quando o menino irá se identificar com o pai.

De acordo com Mitchel (1979), no caso do menino, a situação edipiana será uma intensificação de seu amor à mãe edipiana. Realizando uma analogia com a sociedade patriarcal, a autora defende que o menino descobre no Édipo que o lugar que ele sempre imaginou ocupar é de fato o lugar que ele ocupará um dia. Conforme suas palavras: “o que é importante é que ele venha a superar a situação edipiana e a castração simbólica e um dia entre em posse de sua cultura patriarcal”.

Freud (1931) irá constatar que a relação pré-edípica assume na mulher uma importância bem maior que no homem. O traslado das ligações afetivas do objeto materno para o paterno passa a constituir o teor principal do desenvolvimento que leva à feminilidade.

Mitchel (1979), em sua leitura sobre sexualidade feminina, considera que inicialmente Freud esperava que a ligação da menina com a mãe, por ser o primeiro objeto de amor que cuida e alimenta, fosse dominada pelo laço de amor, contudo, ele concluiu o inevitável: o bebê sempre ficará insatisfeito, tamanha sua demanda de amor que torna a frustração inevitável e faz emergir sentimentos violentos, como o da menina que responsabilizará sua mãe pelo fato de ter nascido mulher.

Muitos fenômenos da sexualidade feminina que pareciam ficar sem compreensão, conclui Freud (1931), parecem ter explicação nesta fase. De acordo com seu argumento, muitas mulheres escolhem marido conforme o modelo do pai, porém regridem e repetem no casamento a má relação com a mãe. Portanto, para Freud, muitas mulheres passam a juventude a brigar com sua mãe ou a idade adulta a brigar com marido, apresentando esta hostilidade, não como consequência da rivalidade edípica, mas resultante da fase anterior, a pré-edípica.

Para Mitchel (1979, p. 78), a menina, que na fase pré-edípica responsabiliza a mãe por sua condição de menina, possivelmente na fase da puberdade irá responsabilizar a mãe pelas restrições sociais de sua vida sexual, caso haja maior controle da liberdade da menina em comparação ao menino. Este relacionamento primeiro com a mãe também estará presente nos padrões amorosos da vida posterior, pois o marido poderá “substituir a mãe nos afetos da menina”. Desta forma, a poderosa mãe pré-edípica, reconhecida tardiamente por Freud, está subjacente à maioria dos fantasmas que colocam em cena o pai e, mais tarde, seus substitutos.

Se Freud (1931) está certo que a fase pré-edípica é mais intensa na menina, sendo fundamental ao seu desenvolvimento pois há uma grande dificuldade em abandoná-la e trocar de objeto, faz-se importante compreender os motivos de afastamento da menina de seu primeiro objeto de amor.

A primeira observação de Freud (1931, p381) se refere ao amor da menina pela mãe não ter meta, isto é, não ser capaz de uma satisfação completa, estando fadado ao desapontamento. A segunda característica ao surgimento da hostilidade frente à figura materna seria o ciúme que a menina sente devido esta mãe amar outros que não somente ela, já que há um sentimento de posse, bem como o desejo de exclusividade dos investimentos desta mãe consigo. Nas palavras de Freud (1931, p. 381): “o amor da criança é desmedido, requer exclusividade, não se satisfaz com frações”.

O terceiro motivo estaria no efeito do complexo de castração sobre a menina. Para melhor argumentação, cito Freud (1931, p. 382): “Algum dia a garota pequena descobre sua inferioridade orgânica”. Esta inferioridade orgânica é vista por Freud (1931, p. 383) como um “defeito” pelo qual a menina se dá conta. Vejamos melhor esta passagem: “Quando a garota pequena se dá conta do seu defeito ao avistar um genital masculino, não é sem hesitação e relutância que ela aceita o indesejado conhecimento”.

Neste trecho, o órgão feminino é claramente percebido por Freud para a menina como um órgão defeituoso. A frustração decorrente desta percepção só ocorre após avistar o órgão masculino, o qual parece representar a perfeição. Birman (1999, p. 183), em sua leitura da obra freudiana, afirma: “esta é a versão freudiana da concepção antiga de que o homem seria a representação da perfeição e de que a mulher representaria a imperfeição”.

Desta forma, a menina sentiria rancor pela mãe ao perceber a natureza geral dessa “característica negativa”, desenvolvendo uma grande desvalorização da feminilidade e, portanto, também de sua mãe. Nas palavras de Freud (1931, p. 384): “seja como for, no final dessa primeira fase de ligação à mãe, aparece, como o mais forte motivo para o afastamento

da mãe, a recriminação de que ela não deu à menina um genital verdadeiro, isto é, de que a deu à luz como mulher”.

Este ódio leva a uma longa lista de acusações e queixas contra as mães, com o objetivo de justificar os sentimentos hostis da filha, podendo variar em seu valor. Destas recriminações, afirma Freud (1931), a que mais recua ao tempo é a de considerar que a mãe pouco nutriu com a amamentação, remontando ao momento da avidez da criança pelo seu alimento e denotando que ela nunca se refaz da perda do seio materno e a da crença infantil fantasiada do leite ser um possível veneno, responsável pelas primeiras enfermidades infantis, isto é, pelas primeiras frustrações.

Todas estas afirmativas – que a mãe não dotou a menina de um “único genital verdadeiro”, que não a nutriu de forma satisfatória, que a obrigou a dividir o amor materno com outros, que jamais satisfaz as expectativas de amor, que inicialmente estimulou sexualmente para depois proibir a atividade sexual – não parecem ser suficientes para justificar a hostilidade final. Para Freud (1931, p. 385), a ligação com a mãe precisa acabar devido a sua enorme intensidade, fracassando pelas inevitáveis decepções e pelo acúmulo de ensejos para a agressão.

Como pode ser observado ao longo da exposição acima, Freud (1931) considera que a menina reconhece não ter o único “genital verdadeiro” que corresponderia a um sexo para todos. Portanto, apesar de buscar fundamentar sua leitura do feminino e da sexualidade da mulher sem tomar como referencial o masculino, Freud ainda manteve sua teoria fundamentada na existência de um sexo único e perfeito a todos, mesmo que imaginário. O teste da realidade ao confrontar-se com a existência do segundo sexo traria consequências penosas para as mulheres: elas seriam invejosas, ressentidas e contrárias a civilização. É o que se pode concluir desta concepção de Freud até aqui.

7.3.2 O “defeito” feminino e suas consequências

Simone de Beauvoir (1908-1986) tem como uma de suas mais notáveis frases a afirmativa de que “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Nesta frase, há o reconhecimento de que as imposições legadas às pessoas do sexo feminino se iniciam desde a mais tenra idade devido à história e cultura que envolvem a concepção do que é ser uma menina e o que é ser uma mulher. Portanto, para a autora, o que parece ser natural ou um verdadeiro atributo da essência feminina, é fruto de uma construção socialmente instituída.

De acordo com Nunes (2000, p. 192), Freud, antes mesmo de Simone de Beauvoir, demonstrou que a mulher não nasce pronta: “tornar-se mulher seria, ao contrário, uma possibilidade dependente das inter-relações subjetivas e da conseqüente trajetória que as pulsões sexuais tomariam”. Portanto, pode-se considerar que, para Freud, tornar-se mulher é um dever, um processo do desenvolvimento psíquico, a partir de identificações inconscientes. O que é, certamente, uma contribuição original do freudismo às lutas feministas contra as ideais iluministas e biológicas.

Assim, considera-se que a teoria da sexualidade feminina freudiana, a partir dos novos enunciados da década de 1920, também apresenta uma construção psíquica em torno do tornar-se mulher, pois no freudismo haveria todo um percurso psíquico a ser experienciado pela menina para que essa pudesse vir a ser mulher. Contudo, o que é ser uma mulher para a psicanálise?

Até este momento, apresentamos significantes formulações acerca da sexualidade feminina na segunda tópica freudiana: há uma importante relação da menina com sua mãe em um período denominado por Freud de pré-edípico. O caminho para a feminilidade seria iniciado a partir da troca de objeto de amor, isto é, da mãe pelo pai, bem como da transição de zona erógena, do clitóris para a vagina. Apresentamos também a ideia de que há elementos ativos e passivos, mas para a menina adentrar ao Édipo é preciso que haja uma diminuição nestes elementos ativos. Além disso, apresentamos diversos fatores que fazem emergir o sentimento de hostilidade necessário para separação da figura materna, dentre eles, a “inferioridade orgânica”, isto é, não ter o pênis fantasiado como órgão universal, o pênis imaginário, esse estranho sexo para todos.

Considerando que, a partir de 1925, Freud passa a tecer novas considerações sobre o Complexo de Édipo nas meninas com a apresentação de destinos possíveis para elas e mantendo a hipótese de um supraeu fragilizado, pretende-se a seguir discorrer sobre estas compreensões a fim de aproximarmos da teoria freudiana o que viria a ser uma mulher.

“Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” é considerado por Mitchel (1979) e Nunes (2000) como um texto muito importante, pois Freud (1925) passa a demarcar a castração e o seu significado como diferentes para homens e mulheres no qual meninos e meninas, que antes pensavam ter um único sexo e serem ligados à mãe em um lugar privilegiado, passam seguir caminhos separados. Sobre esse sexo psicológico, Mitchel sustenta:

A menina deve passar de sua ligação com a mãe ao desejo sexual por seu pai. É dessa maneira que é necessário interpretar o que parece ser seu destino biológico.

Não possuindo senão seu clitóris, ela não pode mais possuir sua mãe num plano fisiológico, senão culturalmente, e deve ter sempre a permissão para fazê-lo desta maneira; embora, até então, como o menino, ela a tenha claramente desejado com uma agressividade “viril”, tal como ele (embora não possua nem útero nem vagina) quis ser possuído pela mãe e ter uma criança dela. Isto se dá em nível pré-edípico, quando os papéis sexuais de modo algum estão estabelecidos, e então todas as variações e permutações de fantasmas sexuais com as mães são possíveis para os dois sexos (MICHTEL, 1979, p. 114).

Portanto, na fase pré-edípica não haveria papéis sexuais definidos, mas impulsos sexuais em relação ao objeto, de desejo e de agressividade. No caso da menina, sem o pênis imaginário, ela precisará abdicar da possibilidade de possuir essa mãe tão desejada. O pai, que inicialmente era um “rival importuno”, tão somente isto, deve-se tornar o objeto de amor. Este é um dos pontos-chaves para o entendimento do tornar-se mulher. Há a inveja do pênis, porém sua origem advém da hostilidade da menina frente à mãe e esta hostilidade se origina, principalmente, por uma frustração infantil, de um amor desmedido e erótico por esta mãe, que não é satisfeito. Quanto mais a menina amar a mãe como seu objeto, maiores serão as frustrações e decepções, pois o amor tende a sucumbir à hostilidade acumulada. Freud (1925), então, lança uma problemática: este amor, ciúme e sedução também acontecem com o menino e não são capazes de aliená-lo do objeto materno. A resposta da diferença encontra-se no complexo de castração.

Freud (1925) irá considerar que é o reconhecimento da castração que demarcará a entrada na vida de menina. Neste artigo, é descrito o complexo de Édipo da seguinte maneira: inicialmente haveria uma pré-história ao Complexo de Édipo, a relação pré-edípica, em que o pai seria um mero rival. Com a descoberta da castração da mãe, a menina irá abandonar o investimento libidinal no objeto materno. Com esta desilusão amorosa, se voltará ao pai – o que faz Freud afirmar que o complexo de Édipo é uma formação secundária. Assim, ao atingir a fase fálica, a menina irá identificar o pênis “como um órgão superior ao seu próprio órgão, pequeno e imperceptível”. E enxerga o órgão diferente do seu, reconhece que não o tem e deseja tê-lo, tornando-se “vítima da inveja do pênis” (*grifo meu*, FREUD, 1925, p. 280).

Considerar o pênis como um órgão superior ao seu, que propulsiona sua inveja, demonstra como Freud (1925) mostrava-se arraigado no paradigma das diferenças sexuais. Ao considerar que a anatomia da mulher lhe consigna uma determinada essência, característica da condição de seu corpo, Freud recorre ao determinismo biológico: a inveja, sentimento psíquico, seria decorrente da inexistência do pênis, anatomia fisiológica. Todavia, não há o abandono do paradigma do sexo único, que enaltece o corpo masculino como referência de perfeição. Birman (1999) irá considerar que a teoria freudiana sobre o Édipo

feminino tem seu motor e sua energia naquilo que lhe falta, ou seja, a inveja seria aquilo que caracterizaria profundamente o ser da mulher, sendo constitutiva do ser feminino.

A partir deste texto que Freud (1925, p. 144) trata o ser mulher como uma construção psíquica:

De acordo com a sua natureza peculiar, a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher – seria esta uma tarefa difícil de cumprir – mas se empenha em indagar como é que uma mulher se forma, como a mulher se desenvolve, desde a criança dotada de disposição bissexual.

Em sua leitura de Freud, Nunes (2000) irá considerar que o complexo de castração tem grande importância na identificação como mulher, pois considera que, a partir dele, Freud buscou se afastar do determinismo psíquico a partir das diferenças anatômicas, ao postular que haveria um movimento libidinal, resultado de um trabalho psíquico subjetivo dos meninos e das meninas. Assim, sustenta Nunes (2000), ele coloca o discurso psicanalítico em linha oposta ao psiquiátrico e sexológico do século XIX que pretendia afirmar o que é ser uma mulher. Contudo, ainda segundo a autora, ele não leva sua hipótese até as últimas consequências e acaba por fixar as mulheres em uma trajetória linear possível, reafirmando o ideal feminino hegemônico nesse momento. Conforme suas palavras:

É na problematização da inveja do pênis que Freud permanece extremamente vinculado à sua concepção anterior e, embora lhe dê novas cores, sustenta sua primeira vinculação de que a assunção da mulher “a verdadeira feminilidade” depende do abandono da sexualidade clitoriana em prol da sexualidade vaginal [...] seu postulado da inveja do pênis mantém a menina situada num registro faltoso, eternamente fixada na demanda de um bebê-falo, que só um homem poderá satisfazer. Além disso o sentimento de inferioridade da mulher e sua ferida narcísica parecem ainda insuperáveis (NUNES, 2000, p. 193).

Voltando ao texto freudiano de 1925, lemos que Freud postula a existência de um complexo de masculinidade nas mulheres. Em suas palavras:

Aqui, aquilo que foi denominado de complexo de masculinidade das mulheres se ramifica. Pode colocar grandes dificuldades no caminho de seu desenvolvimento regular no sentido da feminilidade, se não puder ser superado suficientemente cedo. A esperança de algum dia obter um pênis, apesar de tudo, e assim tornar-se semelhante a um homem, pode persistir até uma idade incrivelmente tardia e transformar-se em motivo para ações estranhas e doutra maneira inexplicáveis. Ou, ainda, pode estabelecer-se um processo que eu gostaria de chamar de ‘rejeição’, processo que, na vida mental das crianças, não aparece incomum nem muito perigoso, mas em um adulto significaria o começo de uma psicose. Assim, uma menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção de *realmente* possuir um pênis e subsequentemente ser compelida a comportar-se como se fosse um homem (FREUD, 1925, p. 281).

Portanto, a feminilidade normal da menina teria como condição de superação do complexo de masculinidade, caso contrário, haveria efeitos “estranhos”, “inexplicáveis”. Porém, esta “superação” do complexo de masculinidade não anularia sentimentos que, para Freud (1925), são inevitáveis na mulher: a inveja do pênis e o sentimento de inferioridade decorrente dela. Conforme as palavras de Freud (1925, p. 282):

As consequências da inveja do pênis, na medida que não é absorvida na formação reativa do complexo de masculinidade, são várias e de grande alcance. Uma mulher, após ter-se dado conta da ferida ao seu narcisismo, desenvolve como cicatriz um sentimento de inferioridade. Quando ultrapassou sua primeira tentativa de explicar sua falta de pênis como uma punição pessoal pra si mesma, e compreendeu que esse caráter sexual é universal, ela começa a partilhar do desprezo sentido pelos homens por um sexo que é inferior em tão importante aspecto, e, pelo menos no sustentar dessa opinião, insiste em ser como um homem.

Assim, a ferida narcísica na menina é, na teoria freudiana, uma condição de subjetividade, caso ela opte pelo caminho “normal da feminilidade”, afinal, não há escapatória, sua condição de mulher, castrada, desenvolve uma verdadeira cicatriz, marcada pelo sentimento de inferioridade. Mas não apenas, esta cicatriz fará com que ela partilhe do mesmo sentimento de desprezo que os homens manifestam diante de um sexo tido como inferior, o um sexo “defeituoso”, mutilado.

O desenvolvimento psíquico diante da castração parece justificar/explicar aspectos culturais que se referem aos homens e mulheres. Sobre as relações do menino com as mulheres, Freud (1925, p. 281) afirma que haverá “um horror da criatura mutilada ou desprezo triunfante por ela”. Ora, se o menino desenvolve sentimento de horror ou desprezo pela menina diante da ameaça do que viu, Freud parece estar associando que a origem do machismo e a falta de valorização da figura feminina em nossa cultura estariam justamente relacionadas a este temor psíquico. Por outro lado, a mulher teria um sentimento de injustiça, de inferioridade, uma ferida narcísica – o que justificaria alguns atributos negativos relegados à figura da mulher, como excesso do ciúme, rivalidade, insatisfação, dentre outros. Portanto, Freud justifica em termos libidinais as desigualdades culturais ancorando-se no discurso do determinismo da biologia. Em suma: homens teriam desprezo pela castração por tanto temê-la, enquanto as mulheres seriam rancorosas e invejosas por serem castradas.

Para Birman (1999), considerar a necessidade de ramificação da masculinidade demonstra que o masculino está na origem, enquanto a feminilidade é sempre uma derivação e uma ramificação. De acordo com o autor:

O discurso freudiano enuncia aqui, ao seu modo e numa linguagem libidinal como se verá ainda em seguida, a temática bíblica pela qual Eva nasceu da costela de Adão, isto é, o corpo da mulher seria sempre proveniente do corpo masculino. Estamos aqui, portanto, no fundamento da tradição do patriarcado, nos seus menores detalhes (BIRMAN, 1999, p. 214).

Portanto, ao considerar que a feminilidade advém da masculinidade, tal como a Eva teve sua origem no Adão, Freud parece estar atribuindo à masculinidade uma superioridade ontológica em relação à feminilidade. A feminilidade sempre seria derivada da masculinidade e uma subtração desta, tal como a concepção hierárquica entre os sexos na Antiguidade, pela qual o homem teria um estatuto superior em face da mulher. Conforme Birman (1999, p. 214):

[...] a masculinidade representaria seguramente a perfeição, sendo a feminilidade a figura da imperfeição e da decadência. Isso porque a masculinidade seria o originário, do qual derivaria a feminilidade pela transformação da primeira. Reencontra-se aqui certamente a formulação da Antiguidade, por outro viés, segundo a qual o masculino seria a figuração da perfeição, enquanto o feminino, da imperfeição.

Pode-se afirmar, então, que a figura do falo condensa o papel de valorização, sendo o vetor, o catalizador e a materialização da perfeição, pois, segundo Birman (1999), Freud o tomaria como a fonte originária da erogeneidade corpórea, afinal, o autoerotismo, necessário ao desenvolvimento humano, teria como condição uma assunção da atividade.

Um segundo resultado da inveja do pênis seria o ciúme feminino, decorrente daquilo que a menina acredita ter sido privada e que o outro tem. Ao perder o órgão universal, fantasiado, a menina irá sentir-se com menos-valia e o ciúme seria, portanto, a demonstração dessa inveja e rivalização como estruturante, marca indelével da psique feminina.

O terceiro efeito seria decorrente do afastamento da menina em sua relação afetuosa da mãe, responsabilizando-a pela perda do pênis. A mãe não teria lhe dado o amor suficiente, não a teria feito menino. Junto a isso, soma-se o fato de verificar o fim da fantasia de uma mãe fálica, visto que esta seria castrada.

O efeito mais surpreendente e mais importante da inveja do pênis para Freud (1925) é em relação à atividade masturbatória, que reconhece como atividade masculina, pela qual a mulher luta para livrar-se, considerando a eliminação da sexualidade clitoriana (masturbação) a precondição para o desenvolvimento da feminilidade. Assim, a masturbação feminina é contida, principalmente, por fatores contemporâneos a inveja do pênis e não apenas pelos efeitos educacionais de seus encarregados. Neste momento, é apenas o impulso da inveja do pênis que será o percussor da repressão que, na puberdade, eliminará grande quantidade da sexualidade masculina para dar espaço ao desenvolvimento da feminilidade.

7.3.3 O supraeu fragilizado

Ao considerar que a menina, diferentemente dos meninos, não teria um motivo para temer a perda do pênis, pois sua entrada do Édipo decorreria da constatação da castração, Freud (1925) sustentou que não há motivo para a demolição do complexo edípico na menina. Ele poderia ser lentamente abandonado ou até mesmo persistir durante toda a vida das mulheres, o que explicaria que o supraeu feminino seria impessoal, inexorável, independente de suas origens emocionais, como as exigências de que sejam os nos homens. Nas palavras de Freud (1925, p. 286):

Os traços de caráter que críticos de todas as épocas erigiram contra as mulheres – que demonstram menor senso de justiça que os homens, que estão menos aptas a submeter-se às grandes exigências da vida, que são mais amiúde influenciadas em seus julgamentos por sentimentos de afeição ou hostilidade – todos eles seriam amplamente explicados pela modificação na formação de seu supraeu que acima referimos.

Freud (1925) ao considerar o supraeu feminino como menos implacável, com menor senso de justiça, influenciado por sentimentos, acaba por achar uma justificativa teórica que fundamenta e apoia as críticas realizadas às mulheres – à saber: críticas embasadas em modelos falocêntricos de dominação feminina, os quais foram apresentados no decorrer deste trabalho.

Em “Sexualidade Feminina”, Freud (1931, p. 379) retoma a questão do supraeu feminino, afirmando:

Na mulher, portanto, o complexo de Édipo é o resultado final de um longo desenvolvimento. Não é destruído, mas sim criado por influência da castração, escapa as fortes influências hostis que no homem atuam de forma destruidora sobre eles e, de fato, com muita frequência, não é superado pela mulher. Por isso também são menores e menos relevantes as consequências culturais de sua desintegração. Provavelmente não será errado dizer que esta diferença na relação entre o complexo de Édipo e o da Castração marca indelevelmente o caráter da mulher como ser social.

Freud (1931) é enfático: ele escapa a fortes influências hostis, por isso, seu desfecho trará menores contribuições culturais e estes complexos deixariam marcas permanentes no caráter social das mulheres, pois a menina não consegue internalizar, no mesmo grau, um pai poderoso e repressor.

Esta consideração em relação ao supraeu feminino é considerada por Birman (1999) como manutenção do universalismo do masculino, isto porque, segundo este autor, o supraeu que possibilitaria uma relação de reverência e sacralidade com a lei moral seria pautado na angústia de castração, isto é, na subjetividade masculina.

Para Nunes (2000, p. 196), ao considerar o supraeu feminino mais débil Freud reforça a ideia difundida no século XIX, de que as mulheres seriam dotadas de uma moral pouco desenvolvida, reforçando o mito da mulher amoral e injusta. Conforme as palavras da autora:

Por meio da inveja do pênis e da fragilidade superegógica, Freud cauciona todo um imaginário sobre o sexo feminino que aparece como rebelde e perigoso, mantendo seu caráter patológico. A mulher freudiana é mais narcísica, invejosa, ciumenta, injusta, débil em seus interesses sociais e possuidora de menor capacidade de sublimar seus instintos.

Portanto, pode-se afirmar que Freud demarca diferenças entre o psiquismo de homens e mulheres, dentre estas, a instância moral fragilizada, que coloca a mulher como um perigo para a civilização pois teria menor interesse social e agiria pelos impulsos, com pouca capacidade em sublimar as pulsões para contribuir ao processo civilizatório.

Considerar as mulheres como uma ameaça aos laços sociais foi colocado novamente por Freud (1930) em seu texto intitulado “Mal estar na Cultura”. Neste texto ele irá defender que as mulheres representam os interesses da família e da vida sexual, enquanto o trabalho de civilização tornou-se assunto masculino, confrontando os homens com tarefas difíceis e sublimações pulsionais das quais as mulheres são pouco capazes.

Ao homem cabe dividir sua libido em atividades culturais e atividades de trabalho com outros homens e a sociedade, extraindo das mulheres e de sua vida sexual a energia que lhe falta. Desta forma, “a mulher se descobre relegada a segundo plano pelas exigências da civilização e adota uma atitude hostil para com ela” (FREUD, 1930, p. 124).

A mulher, de acordo com a premissa freudiana, estaria ligada a características eróticas e sensuais, valorizaria mais a família em detrimento da comunidade externa e seria hostil a civilização por encontrar poucas formas de realização nela. Para Nunes (2000), esta compreensão de Freud é referente à família burguesa na qual as possibilidades de satisfação são restritas ao marido e aos filhos, uma vez que as mulheres estavam aquém da vida pública, sem qualquer tipo de acesso a vida social, tampouco desenvolvimento intelectual, restando-lhes apenas o sexo e a maternidade como alternativa.

Pode-se apreender que as mulheres encontravam uma série de entraves que impossibilitavam aquisições culturais e produção de valores destinados à vida pública. Nunes

(2000) irá considerar que a teoria de Freud não daria muitas possibilidades às mulheres, pois sua posição parecia refrear o desenvolvimento da civilização e quaisquer atitudes opostas aos interesses da família e a vida sexual parecem ser consideradas por Freud como inveja ou uma postura homossexual.

O complexo de Édipo da menina parece claro: ou a mulher identifica-se com o pai e torna-se masculina, o que poderia desenvolver até mesmo uma psicose, ou desenvolve a frigidez, ou a saída psíquica para a inveja do pênis é o deslocamento do órgão para o bebê, o que pressupõe a necessidade da entrada de um homem e a condição da maternidade como saída psíquica para a mulher. É o que se pretende mostrar a seguir.

7.3.4 “Tornar-se mulher”? As marcas da feminilidade

Após a argumentação apresentada em relação ao complexo de castração e a inveja do pênis, faz-se relevante, enfim, analisar o que seria tornar-se mulher para a psicanálise freudiana. Ora, sabe-se que o percurso da menina é diferente do menino, mas quais seriam as saídas psíquicas propostas por Freud? Que marcas estes destinos deixariam às mulheres?

Verificou-se no item anterior que a menina, ao admitir sua castração irá, por consequência, admitir “a superioridade do homem e sua própria inferioridade”, mas também se revoltaria contra esse desagradável estado de coisas (FREUD, 1933, p. 379). Desta atitude dividida, de aceitação e revolta, surgem três orientações de desenvolvimento, encontradas também na conferência sobre feminilidade:

A primeira levaria ao afastamento da sexualidade em geral, isto é, a inibição e a frigidez, pois insatisfeita com seu clitóris, a menina renunciaria sua atividade fálica e a sexualidade, assim como boa parte de sua masculinidade em outros campos. A segunda consiste em apegar-se à sua masculinidade ameaçada na esperança de ganhar um pênis e na fantasia de tornar-se um homem, o que pode resultar numa escolha de objeto homossexual manifesta (*grifo meu*, FREUD, 1933, p.379). A terceira consistiria em tornar-se mulher pela maternidade e pela passividade. Considerada por Freud (1933, p. 379) como “configuração feminina normal”, caberia a menina tomar o pai como objeto e alcançar a forma feminina pelos caminhos do Édipo.

Verifica-se que Freud (1933) parece reconhecer a existência de mulheres “apegadas” a sua masculinidade e que não necessariamente estas mulheres resultam numa escolha de objeto homossexual manifesta, afinal, esta escolha seria apenas uma possibilidade, conforme pode ser observado em suas palavras (“pode resultar numa escolha”). Esta afirmativa abre

precedentes para pensar no contexto histórico de seu tempo e da tentativa de descolamento do considerado “normal” pelas imposições culturais. Nesta época cabia a mulher o papel de esposa e mãe, o qual quando negado – diante de uma intensa repressão sexual – cabia o adoecimento, tal como ele propõe na primeira saída psíquica para as mulheres, que ficam frígidas.

De certa forma, a realidade vivenciada por Freud é de que homens exerciam maior atividade, pois a eles cabiam os espaços públicos, o trabalho fora do lar, a política e outras relações sociais, portanto, é compreensível que Freud tenha associado masculinidade e atividade, mesmo que hoje, em face de novas configurações sociais e teóricas, haja argumentos suficientes para criticá-lo. Contudo, apesar de imerso neste padrão cultural, cabe salientar que ele ainda verificou, apesar de tanta repressão cultural, a existência de mulheres que se identificavam com outro lugar para além do passivo, como suas amigas, intelectuais e psicanalistas, como Marie Bonaparte. Estas mulheres que são uma constante nos tempos atuais na classe média, já se mostravam para ele como uma possibilidade, o que não estaria obrigatoriamente relacionado com a homossexualidade, sendo esta apenas uma das possibilidades.

Para Birman (1999) oferecer três destinos psíquicos às mulheres também salienta seu caráter inovador. Há abertura para se pensar em novos desdobramentos e conjunturas psíquicas, posto que não existiria uma única resposta circunscrita, demonstrando uma postura contrária a sua época já que o indeterminismo substituiria o determinismo na leitura da subjetividade.

Entretanto, se por um lado a condição fálico-edipiana aponta três alternativas para a mulher, indicando o feminino como uma construção psíquica desvinculada da ordem natural, por outro, verifica-se a permanência da sustentação da maternidade como destino “normal” para as mulheres, enquanto as demais alternativas ainda denotam desvio e soluções patológicas.

Nunes (2000, p. 194) também comenta acerca deste caminho “normal” para feminilidade, segundo suas palavras:

Se essas últimas teses freudianas não sustentavam que a mulher devia ser mãe por natureza, inauguraram uma nova forma de abordar o problema ao formular que a mulher deveria ser mãe por uma espécie de “vocação libidinal”, o que restringiria da mesma forma sua atuação ao espaç o familiar e não ao espaç o público.

Portanto, Freud (1933) parece ir ao encontro dos padrões de feminilidade da burguesia do século XIX em que a função da mulher passa a ter uma “vocalização libidinal”, ou seja, Freud contribui para sustentar esse padrão. Sobre esta constatação, Birman (1999, p. 206) irá afirmar:

Ser mãe, portanto, seria a modalidade de subjetivação esperada da figura da mulher na sua organização psíquica, a maneira de ela se harmonizar finalmente consigo mesma e encontrar devidamente seu lugar no mundo e no próprio corpo [...]. A maternidade seria o caminho por excelência para a instauração do falo, representado pela figura da criança. Enfim, a solução para o conflito feminino e o impasse da castração seria sempre, no discurso freudiano, a restauração da plenitude fálica, por intermédio de algum objeto.

Birman (1999) aponta em seu argumento teórico que Freud retoma ao modelo do paradigma do sexo único, ou seja, da Antiguidade, de perfeição masculina. Equivalendo pênis e falo, o homem se veria como possuidor do falo e a mulher como ser carente deste, invejoso por sua falta. Segundo suas palavras:

O falo representa a perfeição. Ou então, a maneira pela qual o sujeito poderia atingir a perfeição, na medida em que mediante o falo a plenitude e a completude subjetivas poderiam ser atingidas. A perfeição seria então algo do pleno e completo – que se contraporía, pois, à condição de falta – que se conseguiria sempre pela mediação do falo (BIRMAN, 1999, p. 208).

Conclui-se, então, que o ideal do sujeito passaria sempre pela perfeição. Tal como na concepção da Antiguidade, o pólo feminino da imperfeição poderia alcançar a perfeição, pela condição de ser ou ter o falo. Através da maternidade, a mulher poderia atingir a perfeição pela condição de ter o falo pela figura da criança. O que também apareceria pela sedução da mulher, em que numa brincadeira de faz-de-conta, ela enganaria o homem, parecendo ser a detentora de um poder fálico.

7.3.5 A anatomia não é destino!

No artigo intitulado *Feminilidade*, publicado como a XXXIII Conferência, Freud (1933) irá retomar a problemática do destino das mulheres. Sua preocupação primeira consiste em buscar diferenciar sua teoria da ciência biológica, descrevendo a concepção biológica dos sexos para concluir que esta é insuficiente.

Reconhecendo que a própria psicologia emprega “masculino” e “feminino” como atributos psíquicos, considera que nomear uma pessoa de homem ou mulher por comportar-se

de maneira masculina num ponto e feminina em outro significaria ceder à anatomia e à convenção. Mostra-se contrário a tal posição, conforme pode ser observado em suas palavras: “[...]aconselho que não façam. Parece-me inapropriado e nada acrescenta ao que sabemos” (FREUD, 1933, p. 266).

Argumenta, então, que a ciência biológica relaciona atividade como um atributo masculino devido o conhecimento de que a célula sexual masculina se move ativamente a procura da feminina, o óvulo, que é imóvel e aguarda passivamente – ideia hoje já combatida pela ciência biológica, pois já se sabe que o óvulo move-se do ovário para trompa de falópio mensalmente.

Acreditar na imobilidade do óvulo fazia com que se considerasse que a conduta dos órgãos sexuais acabava sendo um modelo para os comportamentos dos indivíduos no intercurso sexual, uma vez que o macho “persegue” a fêmea para fins de união sexual. Para Freud (1933), no entanto, estas diferenças sexuais são prescrições que não podem servir como justificativas para atribuir à psicologia humana as mesmas tipologias. Neste texto, Freud é crítico frente ao binarismo da biologia e ao psicologismo superficial que dele resulta.

Freud (1933) reconhece que dentro das abordagens psicológicas o caráter masculino acaba sendo associado à agressividade. Entretanto, para denotar este equívoco Freud recorre à biologia dos animais e afirma que em outras espécies as fêmeas são mais fortes e agressivas, sendo os machos ativos apenas no ato sexual. Portanto, conclui que na vida sexual humana é insatisfatório identificar a conduta masculina com atividade e a feminina com passividade. Mulheres podem despender grande atividade em diferentes áreas e os homens não podem conviver com seus iguais se não desenvolverem um alto grau de passiva docilidade. Freud desaconselha a relação entre ativo e masculino e passivo com feminino (FREUD, 1933).

Na leitura de Nunes (2000), Freud finalmente reconhece que no máximo é possível associar características da feminilidade com a preferência para fins passivos, o que não é o mesmo que passividade, afinal para alcançar um fim passivo é preciso uma grande quantidade de passividade. Segundo a autora, “passividade e feminilidade podem até rimar, mas não são mais necessariamente associadas às mulheres”.

Tentando pensar na constituição subjetiva das mulheres, Freud (1933, p. 268) afirma:

Talvez ocorra que na mulher, derivando de seu papel na função sexual, uma preferência pela conduta passiva e metas passivas se estenda em maior ou menor grau em sua vida, conforme se restrinja ou se amplie esse caráter modelar da vida sexual. Mas nisso temos que atentar para não subestimar a influência da organização social, que igualmente empurra a mulher para condições passivas. Tudo isso ainda está pouco esclarecido.

Portanto, em relação à feminilidade Freud a caracteriza psicologicamente pela preferência por metas passivas, apesar de considerar que mesmo as metas passivas precisam de uma dose de atividade. Apesar de cair no paradigma das diferenças sexuais ao sustentar que talvez a mulher, “derivando de seu papel na função sexual”, tenha “preferência” pela conduta e por metas passivas, acredita-se um avanço teórico-crítico freudiano considerar a influência da “organização social” que não pode ser subestimada e que “empurra” as mulheres para situações de passividade. Contudo, mesmo reconhecendo este fator, Freud (1933) não se debruça sobre ele, considerando-o pouco esclarecido.

Segundo seu pensamento, “há um nexos particularmente constante entre feminilidade e instintos”. A supressão da agressividade, “prescrita constitucionalmente e imposta socialmente” à mulher, isto é, que faz parte do psiquismo e também lhe é imposto pelo social, favorece o desenvolvimento de fortes impulsos masoquistas, que se ligam eroticamente a inclinações destrutivas – o que o faz considerar que o masoquismo é feminino. Ao relacionar masoquismo e feminino, Freud passa a afirmar que tais atributos não se restringem especificamente à mulher. Desta forma, homens masoquistas mostram nítidos traços femininos: o conceito de feminilidade e masoquismo não seriam inerentes à figura da mulher, mas a todos os seres humanos (FREUD, 1933, p.268)..

Para ele, a existência de dois sexos é uma característica notável da vida orgânica, entretanto, considerar que portadores de genitais do sexo feminino são predominantemente femininas é um erro. Assim, a psicanálise não iria se propor a estudar “a mulher”, biologicamente falando, mas os indivíduos bissexuais e como estes se formam mulher ou homem. Conforme pode ser observado em suas palavras:

É próprio da peculiaridade da psicanálise, então, que ela não se ponha a descrever o que é a mulher – uma tarefa quase impossível para ela –, mas investigue como a mulher vem a ser, como se desenvolve a partir da criança inatamente bissexual (FREUD, 1933, p. 269)

De acordo com Nunes (2000), neste texto o feminino vai sendo paulatinamente desarticulado da imagem de mulher e a diferença anatômica entre os sexos da constituição de subjetividade entre homens e mulheres. Desta forma, aquilo que constituiu a masculinidade e feminilidade passa a ser uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia.

7.3.6 O impasse freudiano em relação ao tornar-se mulher!

Reconhecendo novamente o mérito das psicanalistas, visto que foram elas que começaram a trabalhar em torno de uma nova leitura da sexualidade infantil na menina, e que constantemente demonstravam quando as comparações teóricas na psicanálise pareciam ser desfavoráveis ao seu sexo, externando a suspeita de que os analistas homens não haviam superado alguns preconceitos arraigados em relação à feminilidade, Freud (1933) pareceu se vir diante de um paradoxo. Apesar de reconhecer as limitações indicadas por seus argumentos, considerou que toda teoria não valeria a elas por serem uma exceção, isto é, mais masculinas do que femininas.

Novamente penso que Freud (1933) estava tentando elaborar algo que se dava diante de seu contexto histórico. Ora, a maioria das mulheres se encontrava em condição de submissão e este era o imperativo cultural, histórico e social o qual viviam. As mulheres comuns à classe média nos dias atuais – trabalhadoras, intelectuais e chefes de suas vidas – eram exceções. Ainda sim, existiam feministas, cansadas das imposições sexistas limitadoras, as quais o provocam a pensar sobre outro viés. Mas Freud não conseguiu ir além neste sentido, pois a saída psíquica considerada “normal” para o desenvolvimento da feminilidade estava na maternidade e, mesmo reconhecendo que poderia existir outra saída que não conferiria o abandono da masculinidade, ele ainda só conseguia abordar esta temática como questão patológica.

Talvez, não tenha tido tempo suficiente para pensar além. Quem sabe diante dos debates atuais sobre relações de gênero, Freud (1933) pudesse novamente repensar sobre sua teoria como fez durante todo o percurso de sua vida. Ao que tudo indica, ele ia além. Já fazia emergir pontuais reflexões sobre temáticas contemporâneas de novas configurações de gênero, mas, em regra, o falocentrismo continuava a sustentar aspectos centrais de sua teoria.

Ao retornar sua explicação sobre o percurso diferente da sexualidade de meninos e meninas, Freud (1933, p. 270) novamente recorreu a atributos naturalistas para pensar a mulher:

Também na disposição dos instintos aparecem diferenças que permitem imaginar a posterior natureza da mulher. A garota é, via de regra, menos agressiva, teimosa e autossuficiente; parece ter mais necessidade de que lhe demonstrem carinho, daí ser mais dócil e dependente.

Reconhecendo que as mulheres não podem ser consideradas seres intelectualmente atrasados, pondera que as diferenças entre os sexos não devem receber muita consideração, pois podem ser contrabalanceadas com variações individuais. Assim, Freud (1933) retornou às suas explicações sobre o complexo de Édipo nos meninos e meninas, considerando que

inicialmente não haveria distinções de atividade e passividade entre ambos. Segundo sua argumentação, a garota é um pequeno homem – o que demonstra que, de alguma forma, atividade parece coincidir com masculinidade para Freud.

Há o retorno as postulações de “Sexualidade Feminina” (1931) já descritas aqui. Entretanto, acho pertinente apenas demonstrar algumas considerações freudianas, dentre elas, o fato de que a inveja do pênis irá acompanhar a mulher e que seria este o motivo que a levaria a procurar análise, o que representaria uma sublimação de um desejo reprimido.

As mulheres seriam mais invejosas e ciumentas que os homens. Freud (1933, p. 290) imputa à mulher um alto grau de narcisismo, que afeta a escolha de objeto, de modo que ser amada é uma necessidade mais forte que amar. Na vaidade física da mulher estaria a inveja do pênis, pois enaltecer seus encantos seria uma forma tardia de compensação pela “inferioridade sexual original”. Além disso, Freud continua a entender que a situação feminina se estabelece quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de ter um filho, atrelando a condição da feminilidade à maternidade, conforme pode perceber:

O desejo com o qual a menina retorna ao pai é, sem dúvida, originalmente, o desejo do pênis que a mãe lhe negou, esperando-o agora do pai. A situação feminina só se estabelece quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo do filho (FREUD, 1933, p.133).

E Freud trata novamente o pênis como um órgão anatômico de perfeição, conforme se verifica em suas palavras:

é grande a felicidade quando o desejo do filho encontra sua realização na realidade, e especialmente quando o filho é um menino, que traz consigo o pênis desejado [...] a diferença da reação de um filho ou de uma filha mostra que o velho fator representado pela falta de pênis não perdeu, até agora, a sua força. A mãe obtém satisfação sem limites somente na sua relação com seu filho homem; este é, sem exceção, o mais perfeito, o mais livre de ambivalência de todos os relacionamentos (FREUD, 1933, p.122).

Para Sigal (2009), se pênis tivesse aqui o valor de falo, tanto o filho quanto a filha cumpririam a mesma função. Portanto, é clara a priorização do aspecto anatômico do órgão. A autora considera que há um valor axiológico de superioridade atribuída ao masculino, para ela, fazer da sexualidade infantil o modo de funcionar da mulher adulta, bem como elevar o falo a significante primordial pode estar relacionado à época e à cultura que determina um lugar social no imaginário ao homem e à mulher.

Para Freud (1933, p. 122), “o pudor, tido como atributo feminino por excelência, mais que é muito mais convencional do que se pensa”, tem a intenção original de cobrir o “defeito” da genitália feminina. Ao se afirmar que o pudor é mais convencional do que se pensa, Freud parece reconhecer o papel da cultura, entretanto ainda mantém o pudor como uma

característica psíquica feminina que serviria como uma proteção contra a constatação de imperfeição, isto é, de um defeito marcado no corpo.

Em relação ao pouco senso de justiça, Freud (1933) considera que é resultado da inveja na sua vida psíquica, pois a reivindicação de justiça seria uma elaboração da inveja e fornece a condição sob a qual pode se renunciar a ela. Assim, os interesses sociais da mulher seriam mais fracos e sua capacidade de sublimar, menor.

Parecendo enfático em declarar que considera enigmático “ser mulher”, afirma não tentar descrever o que é a mulher, considerando uma tarefa impossível. Então, propõe investigar o “tornar-se mulher”. Para isso, parte de duas premissas fundamentais: “A primeira é que aqui, novamente, a constituição não se adaptará à sua função sem luta. A segunda reside em que os pontos decisivos já terão sido preparados ou completados antes da puberdade”.

O que é definido a partir desta afirmativa é que a feminilidade não é dada, mas, ao contrário, é um tornar-se, um vi-a-ser. Lynch (2006) considera que é por isso que Freud declara que ser mulher não é para qualquer mulher, pois, muitas mulheres nunca se tornam verdadeiramente femininas. Para tornar-se mulher haveria um trabalho que vai contra a lógica fálica que rege o inconsciente, isto porque a menina precisaria abandonar sua posição de homenzinho para ocupar a posição verdadeiramente feminina.

Segundo Neri (2005), Freud irá constatar que a operação simbólica pênis-filho não se dá completamente, pois o feminino seria marcado numa reivindicação fálica pela inveja do pênis, que tende a permanecer na vida adulta da mulher.

Sabe-se que tal postulação se dá em termos psíquicos. Mas, penso, a teoria que pressupõe abandonar uma posição ativa para tornar-se mulher não seria resultado de influências instituídas culturalmente? Que lugar na relação com o outro/Outro a mulher é colocada a ponto de precisar empreender uma jornada psíquica para tornar-se feminina? Que representaria a feminilidade para as relações sociais?

De acordo com Lynch (2006), o que Freud assinala é que não há nada na menina que a diferencie do menino. Nesse primeiro momento, ambos vivem a primazia do falo, ambos serão inseridos nesta lógica e não reconhecem a vagina. A posição feminina irá surgir diante da abdicação do gozo clitoriano e diante do abandono da relação primeira com a mãe, possibilitando a entrada da menina no Édipo. Para além, a situação feminina só se estabelece de fato se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de ter um bebê, aludindo uma relação filho-pênis.

O desejo de ter um filho após a entrada no complexo de Édipo não seria o mesmo apontado na fase pré-edípica, quando era resultado da identificação com a mãe como intenção

de substituir passividade por atividade. É o desejo de ter um pênis que irá ascender o desejo de ter um bebê, o objetivo mais intenso do desejo feminino:

Isso ilustra claramente que a posição de Freud é de que a mulher só pode caminhar em direção a uma posição feminina a partir da castração, tomada, então, da inveja do pênis. Portanto, uma mulher só pode posicionar verdadeiramente como tal se repudiar a feminilidade, e, no fundo, desejar ser como ela acredita que é o homem; ou seja, desejar possuir o falo. Uma mulher, desse modo, só pode ser feminina, para Freud, se ela estiver dirigida ao falo e se esse desejo se configurar como o desejo de ser mãe. Assim, mais uma vez, Freud dá as mulheres a resposta que deu à Dora sobre o que é ser uma mulher. Freud responde novamente: é ser mãe (LYNCH, 2006, p.146)

Pensar a mulher como mãe também aparece em sua formulação sobre o casamento. De outra forma, a mulher pode fazer com que o marido ocupe o lugar de sua primeira relação com a mãe, marcada pela ambivalência – fato que levaria a graves conflitos. A garantia do amor no casamento estaria na incorporação feminina da mãe. De acordo com Lynch (2006, p. 147):

A partir de tais desdobramentos do problema da feminilidade, o impasse freudiano se torna cada vez mais evidente, residindo no fato de que o fim do percurso freudiano não consegue circunscrever o tornar-se mulher. Colocando a mulher no lugar de mãe, Freud pode fazê-la entrar na dialética fálica, porque nesta está em jogo exatamente o paralelo criança/falo. Mas o preço a pagar é o de não mais ressaltar que a feminilidade não se reduz à lógica da mãe, o que conduz Freud a cernir a questão da maternidade, mas não o tornar-se mulher[...] A maternidade resta, assim, como ponto de chegada possível para Freud, nessa posição que era a sua (única possível, talvez) de procurar analisar a questão feminina pela ótica fálica, que tão bem lhe servira para definir a posição masculina. Sobre este aspecto, os muros da castração e a inveja do pênis configuram realmente um limite a que a mulher pode chegar se submetida apenas à lógica fálica.

Kehl (2007) também problematiza esta questão: se a maternidade seria o caminho para obtenção do falo, pode-se pensar que nada mais é solicitado às mulheres que se tornavam mãe, além dos cuidados e dedicação aos filhos. Desta forma, o casamento e a maternidade seria o objetivo de vida destas mulheres, não esperando delas nada mais no plano erótico e sublime. Conforme suas palavras:

[...] é como se a feminilidade não tivesse outra função depois de ter cumprido seu único objetivo, a conquista de que um homem lhe desse um filho. Não que a mulher que se tornava mãe devesse de deixar de ser feminina, sedutora, sensual, etc. A deserotização da esposa/mãe pode ter sido uma imposição da moral vitoriana; mas para Freud parecia uma consequência inelutável do percurso de subjetivação feminino, já que em sua teoria todos os interesses libidinais das mulheres culminariam na posse do filho (KEHL, 2007, p. 210).

As mulheres, na era vitoriana, apesar de precisar sublimar seu amor pelos filhos, não teriam outras alternativas de sublimação e contribuição à cultura, pois, além da maternidade,

apenas lhes restava o trabalho de dona-de-casa. Assim, segundo a autora, há a produção social da fixação erótica dos filhos à mãe: se a mulher só produz (para a cultura) filho, ela só se produz como mãe. Ainda segundo a autora:

[...] o que a cultura ocidental dos séculos XVIII, XIX, e começo do século XX interditou às mulheres foram outras possibilidades identificatórias; a única identificação permitida para a menina, de acordo com os ideais de seu gênero, é identificação com a mãe, não enquanto mulher no sentido amplo (esta mulher ainda não existia), mas apenas na posição materna.

Portanto, o que se concluí que, apesar de Freud teorizar sobre um tornar-se mulher, a maternidade assume um lugar central em sua teoria, ancorada nos padrões de feminilidade criados pelos homens burgueses. A mulher terá sempre a inveja em sua constituição psíquica e será marcada por uma ferida narcísica de inferioridade, assumindo características de pouco valor diante dos homens e delas mesmas. Esta ferida levaria a mulher a querer ser amada, muito mais do que amar, pois precisaria compensar sua dita inferioridade. A mulher, que irá repudiar sua feminilidade desejando ser como um homem, e que deseja ter um filho homem, só obtendo sucesso no casamento caso o marido ocupe a posição de filho, gira em torno de uma lógica falocêntrica, em que a condição principal para a mulher proposta por Freud é a maternidade!

Este é o verdadeiro impasse! O tornar-se mulher gira em torno de uma lógica fálica desde o começo da teoria. Não apenas pelo universalismo masculino na elaboração teórica, que acaba sendo reconhecido e abandonado, mas também com a formulação de que resta a menina se constituir como um ser invejoso e com menos contribuições para sociedade, devido um supraeu fragilizado. E mais, além de precisar abandonar sua atividade, a mulher precisa de um homem para a maternidade e será o filho, um substituto do pênis, que representará a saída psíquica por excelência da feminilidade.

7.3.7 O repúdio à feminilidade

Finalmente, chegamos ao último texto que Freud aborda a respeito da feminilidade. Publicado em 1937, dois anos antes de sua morte, “Análise terminável e interminável” é considerado por Strachey como uma dos últimos textos estritamente psicanalíticos publicado durante a vida do fundador da psicanálise.

No capítulo oito deste artigo, Freud (1937, p. 268) considerou a relação com a castração, nos dois sexos, como uma experiência com a própria feminilidade. Conforme suas palavras:

Os dois temas correspondentes são, na mulher, a inveja do pênis – um esforço positivo para possuir um órgão genital masculino – e no homem, a luta contra sua atitude passiva ou feminina para com outro homem. O que é comum nos dois temas foi distinguido pela nomenclatura psicanalítica, em data precoce, como sendo uma atitude, o complexo de castração [...]. Penso que, desde o início, “repúdio da feminilidade” teria sido a descrição correta desta notável característica da vida psíquica dos seres humanos.

Para melhor compreender a afirmativa de Freud (1937), vejamos o decorrer de sua argumentação. No desenvolvimento do menino há um esforço egossintônico para ser masculino, que leva com que sua atitude passiva, de aceitar a castração, seja recalcada. Contudo, observa Freud, o que o homem repudia não é exatamente a atitude passiva, que pode ser chamada de “aspecto social da feminilidade”, mas a passividade com outro homem, que nada mais é do que a angústia de castração experienciada outrora, recalcada, mas viva no inconsciente. Esta recusa que se expressa em angústia e rivalidade fálica, impede os analisandos de sujeitar-se ao analista e deixar-se curar por ele, podendo ser um entrave ao processo analítico.

Esta “postura masculina” comum aos homens é comentada por Khel (1997), que considera que manter-se nesta posição e disputar o falo com analista está nos ideais que estruturam sua identificação ao gênero – de uma cultura falocêntrica e patriarcal –, desde o Édipo, o que ocorre de forma diferente nas mulheres, pois a masculinidade da menina só está em sintonia com os ideais do eu na fase fálica, quando a menina ainda é um homenzinho.

Freud (1937, p. 268), como já postulara em textos anteriores e analisados nesta dissertação, irá considerar que a menina tem um longo e difícil caminho para percorrer para se tornar uma mulher feminina, o qual irá depender “que uma quantidade suficiente de masculinidade escape ao recalque e exerça influência permanente sobre seu caráter”. A respeito desta compreensão, Khel (1997, p. 186) comenta:

Assim, escreve Freud, a masculinidade – que nos termos da psicanálise freudiana equivalia à posse de uma das versões imaginária do falo – continua sendo a grande aspiração de homens e mulheres, cabendo à feminilidade, enquanto representação (infantil) da castração, a parte maldita.

Sendo a masculinidade necessária para o desenvolvimento da atividade e da feminilidade, Freud (1937) irá considerar que na mulher, especificamente na fase fálica,

também haverá um esforço egossintônico que almeja o masculino, porém a masculinidade sucumbirá ao recalque e é ela quem determinará os destinos de sua feminilidade, sendo as ramificações do complexo de masculinidade que se transformarão e contribuirão para a feminilidade, transformando o desejo de ter um pênis no desejo de ter um bebê e um marido, que possui um pênis. Portanto, a rivalidade com o analista, que dificulta o processo terapêutico, seria resultante desta inveja do pênis.

A recusa da feminilidade seria um dos maiores obstáculos à cura psicanalítica, pois resultaria em resistências na relação transferencial do processo terapêutico e impediriam a possibilidade de mudança de posição subjetiva do analisando ou analisanda. Portanto, sendo de difícil manejo, Freud (1937) realiza uma análise pessimista ao afirmar que é difícil ter êxito em dominar esse fator no tratamento analítico, mas considera que o analista deve se contentar em reconhecer que a análise oferece um lugar para que os pacientes reexaminem e alterem sua relação com o repúdio a feminilidade.

Para Nunes (2000), seria com a feminilidade que ambos os sexos tentam lutar no complexo de castração. Nesse sentido, a tentativa do sujeito, seja ele masculino ou feminino, de aferrar-se à referência fálica seria uma posição defensiva. Assim, a feminilidade seria comum aos dois sexos e sua aceitação equivalente à castração.

O repúdio a feminilidade, que é interpretada por Khel (1997) como “a parte maldita”, visto que homens e mulheres lutam psiquicamente contra ela, por se tornar a representação (infantil) da castração, demonstra, para a autora, uma espécie de rendição em relação ao “enigma da sexualidade”, em que Freud parece renunciar a explicação deste repúdio generalizado entre homens e mulheres.

7.3.8 Uma nova gramática do erotismo: a feminilidade originária

Conforme demonstrado nos capítulos anteriores, ao longo da teoria freudiana, a sexualidade fora concebida pelo operador fálico, pois o falo seria a condição de possibilidade da estruturação do erotismo, tanto para a sexualidade masculina, como para a feminina. Esta compreensão é sustentada por Birman, que considera o falocentrismo da obra de Freud desde as primeiras concepções sobre a sexualidade infantil, o que pode ser observado em suas palavras:

[...] a sexualidade infantil foi também concebida como fundada no falo, que, como mediação necessária de perversidade-polimorfa e do auto-erotismo, seria a condição de possibilidade alucinatória do desejo. O erotismo como atividade, contrapondo-se

então à passividade, se identificaria com o próprio desejo e se fundaria na figura do falo (BIRMAN, 1999, p. 225).

Além de apresentarmos o referencial fálico como o catalisador da teoria psicanalítica freudiana, este trabalho também demonstrou que a concepção de feminilidade fora constantemente pensada ao longo do desenvolvimento teórico sobre a sexualidade feminina, considerada, ao final, como algo que independe das diferenças anatômicas dos sexos.

Esta concepção de feminilidade proposta por Freud não se restringe a sexualidade feminina, sendo presente em ambas as modalidades de ordenação sexual. De acordo com Birman (1999, p. 224), ao associar feminilidade e complexo de castração, Freud faz com que a sexualidade deixa de ser um conceito restrito a diferenciação dos sexos e a feminilidade passa a ter um estatuto central da subjetivação humana, sendo o eixo fundamental do erotismo. Portanto, a feminilidade, presente em meninos e meninas, parece sustentar uma “posição de latência contra a qual as sexualidades masculina e feminina se organizariam”.

Até então a figura do masculino e feminino tinha no falo o seu operador teórico fundamental, contudo, segundo Birman (1999), esta associação entre feminilidade e castração possibilita uma nova leitura: a feminilidade estaria na origem do psiquismo como algo que antecede a inscrição fálica, sendo este registro da sexualidade caracterizado pela ausência da referência ao falo.

A feminilidade não se identificaria com a sexualidade feminina em seu sentido estrito, mas com um registro sexual fundador da construção da subjetividade, independente do sexo anatômico, o que também é argumentado por Nunes (1995, p. 31):

não é mais possível corresponder o enigma da feminilidade ao enigma da mulher, pois aqui não há equação entre feminilidade e mulher. A mulher nada mais seria do que uma representação aproximada dessa feminilidade que fascina e atemoriza os homens por sua estranheza.

Nessa perspectiva, argumenta Nunes (2000), a feminilidade se constituiria como a condição originária do sujeito, à qual vem se opor a organização fálica, e irá recolocar no centro da problemática do sujeito a questão da pressão da força pulsional que se impõe a ele, exigindo um trabalho de simbolização. Portanto, o repúdio da feminilidade seria uma tentativa de defesa psíquica dessa experiência.

A novidade da análise de Birman (1999) é de que Freud teria enunciado outro registro psíquico, que se contrapõe ao anterior, centrado no falo. No registro da feminilidade, não existiria o falo. Nunes (2000) compartilha desta tese e considera que a ideia de repúdio da

feminilidade denuncia o que o sujeito tende a se defender dessa experiência por intermédio do reforço fálico-narcísico, no caso do homem, e da inveja do pênis, no caso da mulher, o que a faz considerar que a feminilidade seria uma experiência de perda dos emblemas fálicos e de falência narcísica, que reproduziria horror, o mesmo o horror localizado por Freud na experiência de visão do órgão sexual feminino como castrado.

Esse horror que Freud localizou na experiência da visão do órgão feminino como castrado, segundo Nunes (2000), presentifica para ele a sexualidade da mulher com seu erotismo assustador, “diabólico”, sem disfarces. A feminilidade, portanto, seria também uma experiência marcada pela erotização do corpo e é essa erotização que propicia novas formas de sublimação e permite o abandono da fixação à referência fálica. Nas palavras de Nunes (2000, p. 232):

a experiência da feminilidade torna possível formas diferentes e singulares de subjetivação e de inscrição na ordem do discurso [...] abre espaço para que novas possibilidades de criação aconteçam [...] experiência determinante para indivíduos se situarem enquanto sujeitos sexuados, em nossa cultura.

A feminilidade seria uma ausência, um faltante, e é isto que levaria ao seu horror, pois homens e mulheres teriam ojeriza à feminilidade devido a ausência do falo, o que levaria a recusa desta pelo terror que provocaria na subjetividade, que se organizaria pela oposição sistemática contra ela. Nas palavras de Birman:

As ordenações das sexualidades masculina e feminina, portanto, se fariam pela inscrição do falo, sob a forma de ser ou ter [...]. O monismo sexual, centrado no falo, se faria contra a feminilidade e como recusa a esta, se enunciando sobre a forma de sexualidades masculina e feminina (BIRMAN, 1999, p. 225-226).

Conforme Nunes (2000), ao se descobrir castrado, o sujeito se reencontraria com uma feminilidade primária, que se de um lado remete a uma experiência de angústia, de outro lhe abre novas possibilidades sublimatórias. Segundo sua argumentação, é por meio desse conceito que Freud rompe com a concepção iluminista de suas primeiras teorias sobre a mulher.

De acordo com Birman (1999, p. 228), o falocentrismo é uma marca inegável na obra de Freud, pois mesmo que este tenha concebido que o percurso da subjetividade se inicie no narcisismo primário, o falo permanece como “uma invariante nesse discurso, como signo eloquente da perfeição e representação maior do masculino”. Tal marca é recorrente nos mais variados momentos históricos e parece estar presente na organização social, como se pode verificar na tradição do Ocidente, marcada por inúmeras buscas e crenças que associam a

perfeição como algo do humano, sempre fundada no referencial do masculino. Em suma, a ordem do masculino que, tal como nos mostrou Laqueur com os paradigmas dos sexos, é sempre colocada como origem e advém da pretensão humana da busca da perfeição e completude – argumentos que figurariam as divindades e que parecem estar na origem da tradição patriarcal.

O cristianismo, por exemplo, cita Birman (1999), tem seu traço maior fundado na ascendência divina, enquanto os gregos construíram sua polis e sua tradição religiosa identificadas com o patriarcado em que a figura do homem representava a perfeição, em detrimento da mulher marcada pelo seu oposto, algo da ordem do imperfeito.

Nesta perspectiva, para Nunes (2000), a noção freudiana de feminilidade permite a articulação de muitas características que o imaginário social e suas próprias teses, assimilaram à figura da mulher: mulher e o corpo sexual aterrador, mulher e vida pulsional, o enigma de ser mulher. Estas características tidas e ditas como femininas passam a estar inscritas no sujeito de modo geral e é com elas que ele terá que se deparar no processo de constituição de sua subjetividade e é contra esse enigmático que se defendem.

Considerar a feminilidade como originária propõe, mesmo que de maneira tímida e indireta, outra leitura da condição humana, finita e abandonada pela magnificência dos deuses. A origem da subjetividade seria marcada pela imperfeição, portanto a busca pela perfeição, pela mediação do falo, seria uma recusa e até mesmo um reconhecimento velado da imperfeição do homem. Conforme Birman (1999, p. 226):

[...]pode-se depreender imediatamente uma inversão significativa do modelo ocidental, que desde a Antiguidade colocava o registro do masculino como originário, tanto na tradição do paganismo grego quanto do cristianismo [...] Toda a tradição do ocidente seria assim levada de roldão com essa formulação ousada, pois agora a feminilidade estaria na origem e a ordem fálica estaria na derivação e no ocultamento do registro psíquico anterior. A feminilidade como desordem social seria assim silenciada e transformada em continente negro pela instauração da ordem fálica no psiquismo.

A grande contribuição desta releitura do pensamento freudiano está em realizar uma nova compreensão do erotismo fora do registro fálico, já que a feminilidade seria a origem e o fundamento do sexual, isto é, a sua condição de possibilidade de onde pode advir o ser homem e o ser mulher. Desta maneira, a feminilidade seria não apenas uma ruptura com falocentrismo, mas uma crítica radical ao patriarcado (BIRMAN, 1999).

Nunes (2000, p. 233) compartilha desta ideia ao considerar que pela primeira vez na história do pensamento ocidental o feminino passa a ser pensado como a base da constituição do sujeito, saindo de uma posição hierarquicamente inferior ao masculino, adquirindo um

valor positivo, anteriormente impensável. Para a autora, Freud chama a atenção para que o que fora descrito pela tradição ocidental como apanágio das mulheres seria na verdade uma vicissitude da condição humana.

As construções fálicas seriam uma forma de o sujeito evitar, narcisicamente, o reconhecimento de sua condição de mortal, finito e imperfeito. Longe da completude fálica e da onipotência narcísica, o sujeito encontraria na feminilidade o âmago de seu ser, haja vista que a fragilidade e incompletude são as formas primordiais do ser humano e também o que o levaria a posição desejante. Assim, como coloca Almeida (2012), o erotismo se moveria pela certeza da incompletude, mas também pela esperança de alcançá-la, o que levaria a afirmativa que o erotismo humano se fundaria no desamparo do sujeito e na feminilidade.

Antes de adentrar na relação entre feminilidade e desamparo, acredito ser importante realizar um breve percurso sobre como Birman (1999) traz o pensamento freudiano sobre sua nova leitura da feminilidade, a qual traria grandes avanços para a psicanálise nas novas formas de subjetivações e cenas contemporâneas. Propondo um recomeço do discurso psicanalítico, com objetivo de superar as ambivalências e paradoxos presentes na leitura freudiana sobre a sexualidade feminina, Birman irá considerar a feminilidade como o ponto de chegada do pensamento de Freud e irá associar a feminilidade ao conceito de pulsão de morte e masoquismo erógeno.

7.3.9 Repensando a leitura freudiana

Em “Mais além do Princípio de prazer”, Freud (1920) irá abordar sobre a universalidade do dualismo pulsional, seu caráter restaurador e regressivo onde, de um lado, haverá o princípio do prazer, de outro, um mais além. É quando nos revela uma tendência no psiquismo mais arcaica, mais elementar e mais pulsional que o princípio do prazer, que atua independente dele, por meio de compulsões que se repetem, porém que trazem desprazer e sofrimento ao sujeito, sem incluir nenhuma possibilidade de prazer, nem mesmo para as moções pulsionais.

Contrária ao princípio do prazer, esta compulsão à repetição que tanto aparece nos humanos é enunciada por Freud (1920) como o “mais elementar” e o “mais originário” do funcionamento psíquico. Seu conteúdo se move em busca do retorno ao estado anterior, inorgânico, chamado de “*Nirvana*” e que seria uma tendência dominante da vida anímica.

O aparelho psíquico é descrito como um escudo que filtra os estímulos internos e externos e o excesso de estimulação pode produzir um choque contra este escudo, provocando uma

desorganização do eu, o que configuraria o trauma. Assim, de acordo com Freud (1920, p. 155), a neurose traumática seria consequência de uma “extensa ruptura do escudo protetor”.

Associando o trauma à *compulsão à repetição*, Freud (1920) considerou que o que se repete pode ser entendido como o que não conseguiu entrar na cadeia associativa, não se inscreveu nos sistemas mnêmicos. De acordo com Rodinesco e Plon (1997), de origem inconsciente e por isso de difícil controle, esta compulsão à repetição levaria o sujeito a se colocar repetitivamente em situações dolorosas, réplicas de experiências antigas.

Diante da evidência de que existem pulsões no psiquismo que não possuem representação, a pulsão de morte que se opõe a pulsão de vida, seria, de acordo com Birman (1999), a primeira marca de revelação do território da feminilidade, já que, anteriormente, era a representação que demarcava o critério da existência psíquica da pulsão por ser um indicador seguro pela sua visibilidade.

A ideia de homem perfeito e infinito que acompanha a humanidade ocidental corroborava com a possibilidade de ser possível a visibilidade do psiquismo. Apesar do conceito psicanalítico de “Inconsciente” já representar a invisibilidade, quando Freud associa a pulsão a uma representação, ele volta a ter necessidade de explicar o homem a partir de sua visibilidade psíquica. Assim, ao enunciar sobre a pulsão de morte como fora do campo da representação, ele passa a assumir a invisibilidade original, que seria constitutiva do ser humano. Sobre esta compreensão, Birman (1999, p. 236) afirma: “estariamos, enfim, diante do caos ruidoso das forças pulsionais sem qualquer ligação com o registro do representante-representação, evidenciando, então, o mundo da invisibilidade e da pura pulsionalidade”.

A pulsão de morte estaria além do universo articulado de representação e linguagem e indicaria o mundo das intensidades que envolvem a subjetividade humana e seu indizível, sendo sua intensidade e sua impossibilidade de domínio e controle pela vontade racional sua maior marca. Tal como revela Birman (1999, p. 237):

essas intensidades revelam a condição humana no seu fundamento, isto é, como potencialidade de afetação, enquanto marca de sua imperfeição e finitude. Somente somos afetados porque somos imperfeitos e infinitos. A afetação estaria no registro da invisibilidade, provocaria as variações de humor e distímias oscilantes, bastante longe então das ideias claras e simples do campo do pensamento. Estariamos aqui definitivamente no campo do *pathos*. Ao mesmo tempo, a afetação revelaria os limites e impasses da função psíquica da vontade.

Desta forma, os afetos – tanto no registro da quantidade de força pulsional, como na qualidade de sentimentos – seriam intensidades que nos afrontariam por não oferecerem critérios seguros pela representação e pela visibilidade, tumultuando o entendimento e

delineando a imaginação humana. O trauma também se configuraria como aquém da representação, um transbordamento irrepresentável em palavras, que causa desequilíbrio ao sujeito, retirando-o do lugar de ilusão fálica, do controle racional, atestando o desamparo humano (BIRMAN, 1999).

Sobre o trauma, em “Inibição, Sintoma e Angústia”, Freud (1926) irá considerar que o medo da perda de um objeto de amor coloca o indivíduo em desamparo, momento em que o trauma – oriundo da vida infantil – é reatualizado. A angústia seria, portanto, o afeto que sinalizaria o perigo, mas também que permitiria a repetição ativa do trauma pelo Eu numa tentativa de elaboração. De acordo com Freud (1926, p. 162):

Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo. A ansiedade é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda. O ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. (p. 162).

A angústia seria uma produção direta da experiência traumática que consistiria na produção imediata da força pulsional e da pulsão de morte, isto é, da afetação que atravessa o sujeito em que não há domínio ou controle. Conforme Freud (1926, p. 146):

o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de angústia original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas (FREUD, 1926, p. 146).

A angústia passa a ser tudo o que é inassimilável à realidade psíquica. Para a psicanálise, o trauma está referido àquilo que chega ao sujeito de fora dele, sem que consiga *incorporar* ao seu psiquismo tal acontecimento. Deste modo, o trauma causa aturdimento e fica, na vida do sujeito, enquistado como um corpo estranho, sem sentido e sem elaboração (FAVERO, 2009).

O trauma, para Birman (1999), revela a finitude, a incompletude e imperfeição como condição humana, já que o sujeito não dispõe de meios para antecipar o inesperado e improvável, sendo afetado por acontecimentos inesperados. Assim, afirmar que somos traumatizáveis é reconhecer a falta definitiva da proteção de deuses na nossa existência, e mais: é lidar com as marcas da feminilidade, isto é, com nossa finitude e imperfeição.

Birman (1999) retoma ao texto “O problema econômico do masoquismo”, por considerar que a partir do masoquismo erógeno, Freud realiza uma transposição da retórica

econômica que constituiria o território metapsicológico daquilo que o discurso freudiano denominou de feminilidade.

Neste texto, Freud (1924) abandona sua teoria anterior, em que o sadismo era originário e o masoquismo derivaria deste, sendo secundário. Assim, há o reconhecimento do masoquismo como precedente ao sadismo, que, por sua vez, seria uma defesa e uma derivação do masoquismo originário.

Esta novidade teórica, segundo Birman (1999, p. 239), reconhece a força pulsional, a pulsão de morte e os afetos na mesma origem. Assim, a experiência do trauma e do masoquismo primordial teceria a leitura da condição humana como formas de subjetivação, uma vez que o sujeito buscaria criar uma “gramática subjetivante” para lidar com as forças pulsionais e as intensidades invisíveis.

O masoquismo erógeno seria constitutivo do autoerotismo e da experiência alucinatória do desejo, não tendo nenhum referencial fálico como mediação do desejo e como operador constitutivo deste. A modalidade do masoquismo moral e do masoquismo feminino, em que o falo se tornaria presente, estaria contra o masoquismo erógeno, tal como Freud postulou em relação a feminilidade e o falo, já descrito acima. Portanto, “a feminilidade seria, enfim, um outro nome para denominar o masoquismo erógeno, maneira do sujeito lidar com as intensidades e forças pulsionais, sem se valer e precisar necessariamente do referencial fálico” (BIRMAN, 2001, p.240).

Concluindo seu argumento, Birman (1999) afirma que a feminilidade seria o ponto de chegada de um movimento complexo do pensamento freudiano: a pulsão de morte e a angústia do real, assim como a marca do sujeito pelo trauma e pelo masoquismo erógeno, seriam engendrades fundamentais das formas de subjetivação.

Ao considerar a feminilidade como território inaugural do erotismo pode-se realizar uma ruptura do modelo falocêntrico, que mantém o paradigma do masculino originário como marca do pensamento ocidental desde os gregos, passando pelo cristianismo e até a modernidade. Para além, permite redimensionar o lugar do falo na tradição psicanalítica em relação à compreensão da sexualidade humana, pois ao relativizar o lugar de falo na erogenidade e nos descaminhos do desejo, abre-se espaço para superação das ambivalências e paradoxos sobre a sexualidade feminina.

Segundo o autor, ao redefinir errâncias que marcam uma hierarquia dos sexos, a psicanálise também encontra uma nova compreensão sobre os imperativos da atualidade e as novas formas de subjetivação produzidas pelo mundo pós-moderno ao realizar uma nova

leitura sobre o universo dos homens e mulheres que se reconfiguram na cena contemporânea (BIRMAN, 1999).

7.3.10 A leitura de Birman sobre desamparo e sua associação a feminilidade

Em seu artigo “A dádiva e o Outro: Sobre o conceito de desamparo no Discurso freudiano” Birman (1999b) retoma os textos “Além do Princípio do prazer” (1920) e “Problema econômico do Masoquismo” (1924) para enfatizar a inauguração da segunda tópica na metapsicologia freudiana: o princípio do prazer deixa de ser originário e há o reconhecimento da predominância de um movimento primordial para a morte.

A relação entre pulsão de vida e pulsão de morte torna-se relevante, pois para Birman (1999b) seria condição necessária para o entendimento da importância do outro na constituição subjetiva e na origem do desamparo, que acompanhará o indivíduo ao longo de sua trajetória: *Eros* se identificaria com a pulsão de vida, contraporia ao movimento para a morte e para quietude do ser, assim, enquanto potência de união e ordem *Eros* se contrapõe a *Tanatos* ou pulsão de morte, que seria uma força de dissolução.

O Outro, para Birman (1999b), seria o lócus do agenciamento para que o conjunto de forças da vida pudesse se contrapor à morte. Melhor explicando, se o movimento originário se constitui como a descarga para a quietude, o interior do indivíduo tenderia a morte. Todavia, é algo exterior ao organismo, surgindo como uma contraforça vital que irá contra este movimento de descarga. Assim, seriam os cuidados e erogeneização da descarga que permitiriam o retorno para o interior do indivíduo e a fixação da ordem vital.

O outro é essencial para que a pulsão de morte seja regulada pela pulsão de vida, tornando-a pulsão sexual, orientada pelo princípio do prazer. Assim, o outro se torna responsável pelo trabalho de ligação da força pulsional que o organismo humano seria capaz de realizar. Nas palavras de Birman (1999b, p. 22-23):

seria pela exterioridade que a interioridade seria constituída como ordem sexual, transformando a natureza do organismo, ao alocar nesses territórios de autoerotismo que se oporiam aos movimentos para a descarga mortífera. Enfim, seria desta maneira que se inscreveria no conjunto de forças vitais (sexuais) que lutariam contra a morte.

O conceito de desamparo, de acordo com Birman (1999b), surge na formulação final da metapsicologia freudiana e é tributário da construção do conceito de pulsão de morte. Isto

porque o desamparo decorreria deste primeiro momento de vida, em que o bebê precisa do outro para que a pulsão de morte seja regulada pela pulsão de vida.

A vida, de acordo com Birman (1999b), seria da ordem da transmissão, ofertada como um dom pelo outro, condição necessária para o organismo prematuro e incapaz para a vida. Abandonando a ideia de que a vida é uma dádiva divina ou ofertada pela natureza, a construção do circuito pulsional apresenta-se como uma ação constitutiva da própria ordem vital, entretanto, a ação específica implica algo do ato, da ordem do outro, não sendo mais uma virtualidade do organismo.

O sujeito se constituiria, desta maneira, pelo trabalho do outro, pela mediação de uma dependência de que jamais se libertaria. Assim, o desamparo e a dependência se reproduziriam posteriormente ao longo da existência humana. A angústia do real, portanto, se remeteria ao primeiro momento da condição humana, em sua origem, onde não há representação (BIRMAN, 1999b).

O masoquismo, agora como condição originária, enquanto primordial, passa a ser resultante do excesso e da força pulsional, diante da inviabilidade do organismo para lidar com o transbordamento energético e costurar os destinos pra isso. Assim, seria o efeito principal da angústia do real e revelaria um registro eminentemente subjetivo, desvelando o desamparo (BIRMAN, 1999b).

O masoquismo erógeno seria o reconhecimento fundamental de desamparo, enquanto no masoquismo moral e feminino o desamparo seria recusado, submetendo o sujeito ao outro para recusar a sua própria condição de desamparo. Assim, o masoquismo passa a ocupar uma posição crucial, seja como configuração estruturante, seja como forma de subjetivação defensiva.

Pela mediação do masoquismo erógeno poder-se-ia delinear destinos estruturantes para o desamparo, sem o qual a subjetividade se petrificaria nas modalidades masoquistas de submissão ao outro. Desta forma o masoquismo passa a ser entendido como uma forma de subjetivação que permearia as diferentes funcionalidades psicopatológicas, sejam na neurose, na psicose ou na perversão. O conceito de desamparo estaria estreitamente articulado com a feminilidade, pois sendo a feminilidade originária – e diante da ausência do referencial fálico – causaria algo da ordem do horror devido à inexistência de instâncias de proteção para a subjetividade (BIRMAN, 1999b).

Birman considera que a feminilidade e o desamparo originário do sujeito são conceitos que unificam os atributos do erotismo no discurso freudiano, com o objetivo de decifrar o emaranhado polissêmico da sexualidade. A experiência de desamparo diante das perdas dos

referenciais fálicos e narcísicos abriria espaço para novas possibilidades de subjetivação, posto que seria a fragilidade humana revelada no desamparo originário que impediria as pessoas de realizar uma ruptura decisiva e efetiva com as insígnias da falicidade. Contudo, essa seria uma possibilidade criativa para lidar com suas falhas e fendas incontornáveis (BIRMAN, 1999c).

O desamparo e a feminilidade, segundo Almeida (2012), seriam aquilo que afetaria o sujeito de tal forma que não deixaria a este qualquer defesa possível, onde traços sobre a sexualidade estariam condensados na figura da feminilidade tais como prematuridade, incompletude, insuficiência, polimorfismo, inexistência de um objeto fixo de pulsão, dentre outros.

CAPÍTULO VIII

8 ENFIM, ZUMIRA: o relato clínico

Todo este percurso teórico sobre sexualidade feminina e os ideais construídos ao longo da cultura ocidental do que é ser mulher e que envolvem o paradigma do sexo único e das diferenças sexuais foi pesquisado para responder uma perguntada motivada pelos atendimentos clínicos às mulheres com aids, em especial, a Zumira. Que impacto psíquico a aids tem sobre a sexualidade feminina?

Para isto, percorri leituras sobre o estigma da aids, sobre a feminização da epidemia, os ideais culturais que emergiram com o paradigma das diferenças sexuais, para então, aprofundar-me sobre a sexualidade feminina na teoria freudiana. Este novo capítulo irá narrar os cinco diferentes momentos em que atendi a paciente que, com fim de preservar sua identidade, nomeei de Zumira.

8.1 PRIMEIRO MOMENTO: Zumira, a guerreira

*Na verdade continuo sobre a mesma condição:
distraindo a verdade e enganando o coração
(TAKAI; MOURA, 1997)*

Os primeiros atendimentos com Zumira ocorreram no segundo semestre de 2012, em uma de suas internações hospitalares. Refiro-me a uma de suas internações, pois já era paciente do Hospital João de Barros Barreto e fazia acompanhamento pelo SAE (Serviço de Assistência Especializada) há alguns anos.

Zumira já havia sido acompanhada por outros psicólogos nas demais internações, mas meu primeiro contato com a sua história ocorreu por meio de seu prontuário, em que dois fatores chamaram minha atenção: internações recorrentes devido ao abandono de medicações e a palavra “depressão”.

Ao ir ao seu encontro, deparei-me com uma mulher marcada pelas atrocidades comuns a aids: corpo emagrecido e cansaço visível, tosse intensa (que mais tarde seria diagnosticada como tuberculose), porém bem receptiva ao diálogo e, atrás de sua magreza, ainda conservando características de uma bela mulher paraense, na simetria dos traços físicos, na pele morena e nos lábios carnudos.

Logo em nosso primeiro encontro, a agressividade de Zumira foi clara a mim: declarou estar cansada de tudo que envolvia a aids – médicos, remédios, psicólogos –, como se me dissesse que eu não fosse bem vinda, o que me fez perguntar sobre minha ida ao seu leito, porém encerrou o atendimento afirmando que estava se sentindo muito melhor em falar e que gostaria do acompanhamento durante sua internação.

Apesar de ter apenas o primeiro grau completo, diferenciava-se de outras pacientes devido ao seu bom vocabulário e à sua fluência verbal, além de demonstrar propriedade e clareza de informações sobre os seus direitos e sobre a aids, afinal já convivía com a doença há 15 anos. Também se destacava em relação aos demais pacientes quanto à situação socioeconômica, pois mesmo com condições financeiras limitadas, ela e seu marido moravam em casa própria, tinham emprego e um carro.

Ao se apresentar, a primeira palavra para se descrever foi que era uma pessoa “desobediente”. Confesso que esse significante pareceu bem representativo, afinal, quem desobedece, desobedece a algo, havendo de alguma forma o descumprimento a uma lei, mas também seu reconhecimento. Sendo assim, questionei-me: A quem Zumira desobedecia? Sabendo que a obediência sexual é imposta às mulheres devido à repressão do sexual, estaria Zumira falando da sua sexualidade? Que conflitos inconscientes acerca da sexualidade a aids evocava em Zumira?

Utilizo o termo *repressão da sexualidade* para referir-me a um fator externo, do social, que, como nos bem esclarece Ceccarelli (1998), pode variar e se alterar de acordo com a cultura, época, costumes. Já ao tratar de conflito psíquico, refiro-me ao recalque, mecanismo psíquico constitutivo do sujeito, fundamental ao equilíbrio e funcionamento do aparelho psíquico.

Pedi, então, para que falasse mais sobre ser desobediente e ela justificou que se considerava dessa forma por abandonar inúmeras vezes suas medicações, com a justificativa consciente de que sofria com os efeitos colaterais, como vômitos e tontura. Não cabe aqui negar os fortes efeitos ocasionados pelo tratamento para a aids, porém o que irá ser observado ao longo dos atendimentos é que esse significante foi se apropriando de outros sentidos, como melhor será descrito durante este primeiro momento.

Ao término do relacionamento com o primeiro companheiro, namorou um rapaz, por oito meses, com quem manteve uma relação de paixão e de quem acredita ter contraído o vírus. Após esse namoro, conheceu seu atual marido e engravidou. Logo, procurou o posto de saúde para realizar o pré-natal e então descobriu ser portadora do vírus HIV, iniciando o tratamento com os devidos cuidados para que o filho não se contaminasse. Devido o quadro

clínico estável e, provavelmente, o CD4 ainda sem grandes alterações, seu companheiro também não fora contaminado.

Zumira foi enfática em relação ao trauma vivenciado pelo diagnóstico, visto que a notícia pareceu ter chegado a ela como uma grande pancada que a desestruturou por um bom período: “me senti perdida, com vontade de morrer. Cheguei a pensar em desistir, cheguei a entrar em depressão e não querer mais viver”.

Seu marido que permaneceu ao seu lado foi determinante nesse momento, pois afirmou que ficaria ao seu lado. Ambos viviam uma relação de “companheirismo” e mantinham vida sexual ativa com o uso regular de preservativo. Portanto, para ela, o amor justificava o desejo sexual que não sofria inibição pela aids, declarando: “onde há amor, há fogo!”.

Ao ler seu prontuário, percebi que ela havia abandonado o tratamento por quatro vezes, sendo por um período extenso em 2007 e, novamente, no momento atual. Recorrentemente falava dos remédios e da dificuldade do seu uso, fazendo com que o significativo “desobediente” aparecesse novamente, o que me fazia pensar nas mobilizações inconscientes que pareciam ultrapassar tais efeitos colaterais. Certo dia, afirmou:

Eu sei que eu falo que não tomo [os remédios] por causa do que eu sinto. Mas eu estive pensando e acho que pode não ser isso. Uma vez eu parei de tomar por causa dos enjoos e continuei sentindo. Depois descobri que os enjoos eram por causa da gastrite. Aí eu vi que nem eram os medicamentos.

No encontro seguinte, prontamente retornou sua história de onde havíamos encerrado. Contou-me novamente como descobriu o vírus e falou do parceiro de quem se contaminou, pois morreu de forma “estranha”. Além disso, o rapaz tomava uma grande quantidade de remédios alegando serem para dor de cabeça. Indaguei se ela desconfiava das medicações e ela afirmou que sim. Perguntei então como ela se sentia com essa percepção e Zumira afirmou sentir muita revolta, pois ele não lhe havia dado “chance de escolha”, poderia tê-la avisado, mas foi preciso que ela engravidasse para saber e iniciar o tratamento. Revoltada, afirmou: “eu teria que adoecer para descobrir”.

Zumira já havia recorrido à justiça em situações que se sentia ameaçada. Tal como narrou ao contar da situação ocorrida com sua cunhada:

Ela falou para o vizinho que acha que eu tinha aids por que eu estava muito magra. Ah, pois ela não sabia com quem estava se metendo, fui logo atrás dos meus direitos. Procurei o delegado e fiz o B.O., quando a gente foi pro julgamento e a juíza me perguntou o que eu queria eu disse que não queria dinheiro não, nem queria

que ela pagasse nenhum serviço, mas só queria mostrar que ela não podia me acusar assim, que ela não podia fazer isso.

E ainda verbalizou: “e se eu tivesse mesmo a doença?”, respondi, na tentativa de interpretar as nuances de sua fala: “você falando assim me deu a impressão de que nem tem a doença”, ela então falou: “tenho, mas ela não sabe, então, é como se eu não tivesse”. E assim negava a doença, atacando quem apontava o que ela tentava esconder até de si mesma. Para além do preconceito, parecia projetar o ódio pela doença a todos que a confrontavam com qualquer associação que a levasse a se deparar com a aids no seu corpo. Essa atuação não cessava, tampouco suas reações agressivas e sentimento de raiva que apareciam nos atendimentos, no esforço de lutar contra o diagnóstico de HIV. Penso se Zumira, injustiçada pelo namorado, não tivera o desejo de recorrer à justiça e receber a absolvição, penso também se não gostaria de ver sentenciado quem lhe marcou com a aids, por conta de sua extrema agressividade projetada em que se aproximava.

Em seu relato, dizia-se “atacada”, o que ocorria sempre que alguém questionava o seu estado de saúde, o seu emagrecimento ou o uso de medicações. À certa altura de seus atendimentos, relatou uma briga que teve com seu irmão que parecia querer protegê-la de sua repetição. Preocupado, ele reconhecia a importância da religião, mas era enfático em dizer para a irmã que ela não poderia abandonar as medicações. Por isso, brigaram. E a lembrança da briga ainda provocada raiva em Zumira. Assim, ela me afirmou não ser “burra” e saber da importância dos remédios, todavia sua agressividade era inevitável diante do olhar e de comentários de pessoas sobre sua imagem corporal ou da necessidade em aderir ao tratamento, sem jamais aceitar ser portadora da aids.

Perguntei, então, como ela se sentia em relação ao HIV, com tom ríspido respondeu: “muitos desistem, muitos não aguentam, sabia? Querem até morrer!” Interpretei que parar de tomar medicações parecia ser uma forma de se matar lentamente e recordei que, no momento do diagnóstico, ela havia pensando em desistir e morrer. Concordando, ela afirmou que sofreu muito com a doença, tendo momentos em que não queria mais ver ninguém, nem mesmo falar, tomar banho, fazer nada.

Em quase todos os atendimentos afirmou “viver em guerra”, em permanente alerta, esperando perguntas-bombas que podem explodir a qualquer momento. Os outros pareciam inimigos e Zumira precisava estar sempre na defensiva. Suponho que os remédios, e mais além, o vírus HIV, seu inimigo, não a deixam em paz.

Associando ao termo “desobediente”, interpretei que talvez fosse por isso que sentia dificuldade em tomar suas medicações, já que ao tomá-las era convocada a lembrar e

reconhecer a aids em seu corpo. Essa colocação pareceu ter algum impacto sobre ela, que, após um tempo em silêncio, respondeu que preferia tomar seus remédios à noite, quando já estava prestes a dormir, pois assim não pensava.

Tomar remédios parece equivaler a ter que engolir o fato de estar com HIV. Os remédios representam um reconhecimento, que, para Zumira pareciam uma agressão, uma denúncia de que ela tinha aids. Tal como quando emagrecia ou alguém perguntava sobre seus adoecimentos. Tomar o remédio, mesmo que racionalmente signifique se cuidar, em sua fantasia parecia ser um reconhecimento de que estava com aids e que não tinha mais tempo, que podia morrer, sua onipotência narcísica era constantemente abalada pela fragilidade corporal e pela possibilidade de finitude.

Nesse atendimento, algo importante surgiu na fala de Zumira: “A gente aprende a se aceitar, a aceitar que precisa se cuidar, aceitar que está doente, mas aceitar a doença não. Ninguém aceita a doença. Eu me aceito, mas não aceito a doença”. Interpretei que a doença parecia ser algo externo de seu corpo, como se estivesse fora dela e a atacava, e ela concordou. Era como se o vírus fosse um corpo estranho, que a atacava constantemente, sendo uma das razões de viver em guerra.

O próximo encontro ocorreu após cinco dias, devido a um feriado. Zumira denominou seu final de semana como “horrível”, estava mal, devido ao excesso de febre e por ainda estar sem diagnóstico sobre a doença oportunista que a levava a se internar, dizia-se “desesperada”, e chorou: “o tempo está passando, as pessoas precisam me ajudar, eu preciso começar um tratamento”.

Fragilizada e com medo assustador da morte, nesses dias sem atendimento, deve ter se sentido muito desamparada: sem sua analista, sem medicação eficaz para a tuberculose, que só foi diagnosticada muito depois, sem assistência médica, seu conflito ambivalente recrudesciu e a raiva dos objetos bons que podiam aliviar sua angústia atingiu toda equipe, inclusive sua analista. Sua raiva também se deslocou para a assistente social que, segundo seu relato, havia dificultado a entrada de um cobertor e argumentou para mim: “ela queria que eu desistisse, eu desisti de conseguir esta coberta”, apesar do frio que deve ter sentido pela febre causada pela tuberculose.

Estava novamente recusando medicações, dessa vez para febre. Ao chorar, alegou estar com novos sintomas e citou a tristeza pela perda de peso, interpretei que perder peso remetia a um corpo doente e ela respondeu que sim, que as pessoas iriam olhar e “comentar”, pois seu corpo sadio era “muito bonito”, já havia perdido 15 quilos, o que parecia ser a denúncia do que ela tanto escondia.

Então disse para mim: “a doença que tenho é grave, ela provoca novas doenças, não doenças normais, mas doenças de difícil tratamento”. Perguntei: “como você se sente com essa doença?”, Zumira disse: “minha família está começando a ficar preocupada”; perguntei: “e você está preocupada?”, seus olhos encheram-se de lágrimas e com a voz falhando respondeu que sim, que essa doença era “traíçoeira” e que tinha medo do que pudesse acontecer, pois a febre e os enjoos não passavam, além de ver pessoas morrendo ou piorando, como a vizinha de leito, ao seu lado.

Por fim, no último atendimento, encontrava-se melhor. Contou-me de uma visita de um colega soropositivo militante por políticas públicas e disse: “ele não tem medo de mostrar a cara”; “tem aids há muito tempo e nunca se internou, pois toma seus remédios direitinho”. Parecia ter-se identificado com uma nova representação de uma pessoa vivendo com aids.

Na livre associação, afirmou: “eu sou forte. Parei de tomar remédios e demorei um ano para adoecer, acreditando que era forte. Mas adoeci. Não tem jeito. Não posso achar que não vai acontecer comigo. A doença está aí. Eu não posso viver sem os remédios”. Assim, Zumira novamente deu outro sentido ao significante desobediente que envolvia as medicações, ao reconhecer seus pensamentos onipotentes e ser confrontada com a triste realidade: a doença está em seu corpo e é preciso tratar-se.

Contou-me “aceitar Jesus”, dias antes de entrar no hospital, pois agora havia “deixado de ser do mundo”. Quando solicitei que falasse mais sobre isso, contou-me que antes gostava de beber em datas comemorativas, ir para festa com marido, para praia, e acompanhá-lo, mas pessoas da igreja evangélica não podem fazer isto e agora ela não iria mais pensar nessas coisas mundanas.

Segundo seu relato, sua criação foi católica, porém não era praticante. Há dois anos ouvira um senhor falando de sua igreja e nessa sua última piora clínica, diante de tanto sofrimento, procurou-o para conversar, momento que chorou copiosamente. Ao retornar para seu lar, sentiu-se purificada ao tomar um leite, o qual em seguida a fez vomitar um líquido verde, transformando a sua barriga que estava grande ao tamanho normal. Na fantasia, estava sendo salva pela fé divina e havia ocorrido uma intervenção em prol de sua melhora clínica, visível na diminuição de seu abdômen e na eliminação de algo que parecia ser nocivo a si, me fazendo inferir na possibilidade de Zumira estar buscando Deus para se purificar.

Zumira pareceu recorrer à religião como estratégia de amparo para alcançar uma nova vida: “é bom porque na minha condição eu preciso me cuidar, não posso pegar muito sol, nem ficar bebendo”. A questão principal não parecia ser a bebida, Zumira parecia precisar de uma força que a ajudasse a enfrentar o que não dava conta. Além disso, pensava ter que abdicar de

seus prazeres para obter uma salvação. Uma nova forma de vida, abandonando a vida antiga, “mundana”, como ela mesma denominava.

Nesse atendimento, a certa altura, havia iniciado o tratamento para tuberculose e rezava para não vomitar com a forte medicação usada em seu corpo combalido. Conseguiu “segurar os comprimidos na barriga” e afirmou que assim seria com os antirretrovirais, repetindo a frase que, segundo ela, seria seu lema: “eu quero, eu posso”.

Em uma guerra é difícil enfrentar o invasor. E, no caso de Zumira, o invasor estava ganhando a guerra, o que poderia significar sua destruição. Todavia, no final dessa internação, pareceu ter conseguido uma trégua, mesmo que momentânea.

Identificando-se com pessoas que conseguiam viver com vírus e assumi-lo, bem como por meio do recurso da religião e da relação transferencial nos atendimentos, Zumira, ao repetir e atuar suas manifestações de raiva, pareceu conseguir aproximar-se de um processo elaborativo em relação ao sintoma de recusa às medicações. E assim, encerrou-se meu primeiro encontro com Zumira, que permanecia ancorada em seu ideal de guerreira, esposa e mãe – em trégua, no que seria uma longa guerra.

8.2 SEGUNDO MOMENTO: Zumira vai à guerra

Quase seis meses depois, Zumira regressou ao hospital. De fato, não havia abandonado as medicações. Seu tratamento para tuberculose estava próximo ao fim, porém, apresentou piora no quadro clínico: vômitos, tonturas e até desmaio por uma nova doença oportunista, a neurotoxoplasmose.

Uma grande perda acompanhava a descoberta desta nova doença: o abandono de seu marido. E era esse sofrimento aflorado que, naquele momento, emergia como a demanda de sua dor. Zumira, então, contou-me que ao voltar para casa, não se sentia bem fisicamente para acompanhar o companheiro às sucessivas festas. Ele, por sua vez, retornava ao dia amanhecer e não tardou para ela ter conhecimento de traições e, em seguida, de seu enamoramento por outra mulher. Sentindo-se novamente injustiçada, dizia que não via nele um “companheiro”, afinal, um companheiro não abandonava a esposa sozinha, doente, para divertir-se com outras mulheres. Após sucessivas brigas, ela saiu de casa, considerando a melhor opção naquele momento da vida.

Contrariando o discurso anterior, confessou que durante todo seu relacionamento seu marido se envolvia com outras mulheres, porém antes ela lutava por ele, brigava com as

rivais, “armava barraco”, só que agora não tinha mais energia física para isso, tampouco para ter relações sexuais, acreditando ser esta uma justificativa plausível para as traições que culminaram na escolha de uma nova namorada.

Ao mesmo tempo em que justificava a traição do marido devido seu corpo está indesejável e devido sua própria de desejo sexual, também se confrontava com a tristeza por concluir que ele não a amava, pois não estava ao seu lado quando mais precisava de seu apoio, reconhecendo que o término de seu relacionamento “foi horrível” e que chegou a ficar “desesperada”.

Sobre sua relação amorosa, reconheceu que sentia a obrigação em aceitar todos os comportamentos do ex-marido por ser uma mulher com aids: “eu sentia que devia ser grata por ele estar comigo, pois achava que nenhum homem poderia me querer assim, com aids. Por isso, eu tinha muito medo de perder meu marido. Achava que devia um favor pra ele, porque ele ficou comigo, mesmo eu sendo assim”.

Contudo, se anteriormente Zumira declarava guerra a aids, agora a guerra havia iniciado contra seu ex-marido. Minha hipótese é que este era o recurso psíquico de Zumira para lidar com as frustrações diante das perdas de ideais: se a aids precisava ser combatida por abalar sua ideia de fortaleza, agora era seu ideal de mulher desejável, esposa e mãe que começava a se ameaçar, evocando forte agressividade.

Zumira saiu de casa e alugou um novo quarto, levou seu filho para morar com ela e decidiu que o carro também seria seu, acionando a justiça e deixando o ex-marido consternado, pois o carro era necessário para o seu trabalho. Com o principal intuito de provocá-lo e de se vingar, ela utilizou seu adoecimento como argumento na audiência judicial, alegando a necessidade de transporte para se locomover até o hospital.

Neste período, um rapaz se aproximou de Zumira e passou a cortejá-la, fato que falava ao ex marido, durante as ligações diárias para saber do filho, com claro desejo de deixá-lo enciumado e demonstrar a mulher sensual e sexualmente ativa que ainda existia. Todavia, apesar de aceitar as visitas e ligações do rapaz, este pouco parecia ter lugar em seu desejo, quase nunca aparecendo em sua fala, talvez ocupando o mesmo lugar que seu marido ocupara em outrora: aceitar aquele que me deseja, como única alternativa, pois não mereço ser desejada por ter aids.

A relação de amor com seu filho também ficara em evidencia, Zumira estava preocupada com comportamento hostil do rapaz, que demonstrava claramente estar enciumado com a aproximação de outro homem, além de desobedecer alguns de seus comandos. Entretanto, sua expressão não-verbal que transparecia no leve sorriso ao falar

demonstrava certa satisfação e divergia da afirmativa de preocupação: falava com orgulho do filho que queria dormir ao seu lado e morar com ela e não com o pai, o qual também era muito apegado ao garoto.

A luta pelo carro continuou e Zumira com raiva e com desejo de punir o ex-marido, investia dizendo que iria ganhar a batalha. Por outro lado, a raiva pelo tempo de internação hospitalar se fazia presente, levando a reclamar da comida do hospital e até a chorar com raiva, quando algum prato não vinha do jeito que ela costumava comer.

Recorrentemente, verbalizava: “agora eu fiz tudo certo, não é justo eu estar aqui, de novo, todo esse tempo”. Porém, depois, concluía, quase que se sentenciando “eu sei que isso está acontecendo porque não tomei os remédios da outra vez, eu não posso mais não tomar esses remédios”, sentenciando-se pelo adoecimento.

A paciente com que dividia a enfermaria, com quadro clínico próximo ao seu, também mobilizou Zumira. Após um quadro de confusão mental e episódios de convulsão, evoluiu a óbito. Tal identificação pelo semelhante quadro clínico, fez com que passasse a ter medo de “perder a consciência, falar besteira e esquecer todo mundo”, logo me dizia que não queria ficar louca e estava assombrada com a possibilidade de morrer, passando noites em claro.

Porém, novamente apresentou melhora clínica e recebeu alta hospitalar, com tratamento para dar continuidade em casa. Apresentou, então, certa animação, pois finalmente poderia estar em seu novo lar, com seu filho e recomeçar uma nova vida.

8.3 TERCEIRO MOMENTO: ainda a luta para Zumira

Passado um pouco mais de duas semanas, Zumira internou novamente. Desta vez, na ala dos pacientes graves, monitorada por aparelhos. Estava triste, chorosa, e dizia que estava pensando em desistir, pois estava fazendo todas as medicações, mas sempre sem sucesso, constatando e verbalizando que não podia ganhar a doença.

Estava paralisada, não mexia os membros inferiores e a equipe de saúde acreditava que poucas eram suas chances de melhora clínica, tal seu estado grave. Porém, dois dias depois, após melhora repentina, voltou à enfermaria. O quadro ainda era de neurotoxoplasmose, mas uma nova infecção por bactéria havia fragilizado ainda mais.

Nesta internação, pouco falou de sua vida amorosa, parecia ter perdido esta batalha e estava, aparentemente, desanimada. Havia ganhado o carro na justiça, porém depois disto, não havia mais pelo que lutar com ex-marido, que estava vivendo sua nova vida com outra

mulher e, agora com o filho, que pouco aparecia em sua casa, fato que ela argumentava ser melhor, pois estava muito enfraquecida.

Sua lamúria por não ter conseguido ainda viver na casa nova era presente e a deixava com sentimento de raiva. A raiva de estar internada, mesmo após ter se cuidado, era sempre recorrente e projetava ora pras companheiras de enfermagem, ora para a médica de referência, ora para enfermeiras, mas, principalmente para a comida hospitalar, que se tornou, em vários momentos, motivo de sofrimento. E assim me dizia: “em casa eu posso me cuidar, minha mãe vai fazer sopa pra mim, caribé, mingau e eu vou melhorar e ganhar peso, mas aqui, com essa comida que eles trazem, que o cheiro e o gosto é horrível, eu nunca vou melhorar, eu vou acabar ficando mais magra e morrer aqui”. Sua hostilidade, em alguns momentos, também se voltou para mim, pois alegava estar cansada de tudo que envolvia o hospital [e a aids!] e o desejo de retornar a sua casa eram recorrentes. Porém, novamente recebeu a notícia de alta.

Pedi para sua mãe que me mostrasse sua foto, anteriormente ao adoecimento. Nela, estava com corpo saudável, acima do peso dos padrões de classe média, com barriga saliente, quadris e braços largos. Olhando, me disse: “olha como eu estava bonita!”.

Sua mãe comentou “por isso que marido dela não largava ela, olha que mulherão e agora está assim” – demonstrando o quanto a perda do marido de Zumira havia mobilizado a filha. E Zumira logo complementou “é assim que vou voltar a ficar, não com esse corpo que estou”. Olhou para seu corpo, tocou em seus seios e me disse, como se quisesse me mostrar a perda do seu corpo de mulher madura, “estou voltando a começar a ter peitos, eu tava sem nada, mas agora já até tem um pouco!”

Voltamos a falar do tratamento, Zumira novamente me disse: “ninguém aceita a aids, ninguém, quem disser que aceita é mentira! A gente se aceita, aceita que tem que ceder, se cuidar, mas aceitar essa doença na gente, não dá não”.

8.4 QUARTOMOMENTO: o Eu em ruínas

Pouco tempo depois, aproximadamente duas semanas, recebo a notícia das sucessivas tentativas de Zumira em internar no hospital que estava sem leito. Seu quadro estava agravando e realizei visita domiciliar, já que sua casa era próxima ao hospital. Estava deitada na cama, pouco falava e, segundo sua mãe, não queria se alimentar ou tomar banho.

A mãe relatou que após recorrentes enjoos e dores de cabeça, a filha passou a procurar o hospital sem sucesso. Em desespero, Zumira chorou e afirmou que iria desistir, pois não

agüentava mais, deitou-se e não quis mais levantar. Sua mãe, inclusive, achava que estava com confusão mental, pois em certos momentos não falava frases coerentes.

Ao ir ao seu encontro, Zumira me olhou e sorriu. Permaneceu calada. Perguntei se lembrava de mim, ela respondeu que sim, mantendo-se depois em silêncio. Estava caquética, olhos fundos, cabelos oleosos e visivelmente cansada. Sua família parecia estar cuidando com zelo dentro de suas poucas condições, já que ela também dificultava as investidas de cuidado ao se recusar a levantar para tomar banho e se alimentar.

Quando sozinhas, disse: “não agüento mais, estou desistindo”. Tentei com que falasse sobre, mas permaneceu calada e eu fiz a referência a seu comportamento guerreiro e propus que ela se alimentasse, perguntei se tomaria o mingau e ela concordou. Assim, muito enfraquecida, tomou poucas colheres e, posteriormente, permaneceu calada, já sem se alimentar, olhando-me fixamente.

A mãe de Zumira lamentava o sofrimento da filha, não apenas pela doença, mas pelo abandono do genro e do neto, e contou que Zumira tentou o contato com filho, mas não houve retorno deste, tampouco do ex-marido. Afirmou que a ausência de ambos parecia ter causado o desejo em não viver, pela ausência de motivos para lutar. Saudável, Zumira podia ir à luta, mostrar-se atraente ao ex-marido, conquistá-lo, assumir seu novo lar, assumir o filho, o acompanhar na escola, como sempre o fez, mas a aids estava literalmente a paralisando. Sem forças para a luta, Zumira inicia sua desistência da vida.

8.5 QUINTO MOMENTO: não há mais guerra para Zumira

Dois dias depois, Zumira finalmente conseguiu a internação no hospital. No primeiro atendimento ainda comentou algo sobre estar cansada e sem vontade de falar, porém, nos demais permaneceu calada com todos, respondendo apenas, e não sempre, a algumas perguntas médicas.

Em alguns momentos solicitava algo, o que me fazia pensar que estava consciente, mas também havia a possibilidade de estar com confusão mental, como pouco se comunicava, não era algo certo. Passei a visitá-la e mostrar minha disponibilidade de atendimento. Por vezes sentava ao seu lado, falava-lhe o dia da semana, a hora, informações sobre seu quadro clínico ou de seus familiares. Ela continuava sem receber visita do filho e do ex-marido, contando com a presença da genitora, sempre incansável em oferecer-lhe ajuda, e alguns familiares.

Os atendimentos passaram a se estender também aos familiares que pareciam consternados com a prostração de Zumira diante de seus olhos. Sua mãe, muito mobilizada, falava do neto, que havia “sumido para a casa do pai”, e estava com médias baixas na escola, além de faltas recorrentes. O ex-marido, para raiva e tristeza dos familiares, também passou a dificultar o acesso ao filho, negava a presença do garoto nas tentativas de contato via ligações telefônicas – fatos escondidos de Zumira quando perguntava pelo filho e ex-marido.

Diante deste cenário, em uma noite, recebi a ligação de seus familiares para avisar-me que ela havia falecido.

CAPÍTULO IX

9 CASO CLÍNICO EM DISCUSSÃO

9.1 UMA GUERREIRA: as defesas e os ideais de mulher de Zumira

“Guerreira” – era assim que Zumira se apresentara a mim nos atendimentos realizados na primeira internação que a acompanhei, por longos e angustiantes dois meses. Angustiantes, pois ao final estava com medo, como uma criança desamparada. Ela havia se internado após o abandono de suas medicações antiretrovirais. Os motivos para tal abandono variavam: os efeitos colaterais e, após um percurso de atendimento, o desejo de acompanhar o marido em festas e, posteriormente, a não aceitação da doença – sua negação – e o reconhecimento de seu limite, de sua condição mortal, pois a gravidade clínica não lhe deixara mais acreditar ser onipotente como julgara ser.

Freud (1925, p.148) no texto “A negativa” já referia que “negar algo basicamente quer dizer: ‘isto eu prefiro recalcar’”, portanto, considerava a negação como uma defesa psíquica. No caso de Zumira, sua defesa estava em negar a aids. Desconfio que reconhecer o vírus do HIV fosse algo devastador, precisando ser negado por seu Eu, com o fim de mantê-la viva, investindo em objetos externos.

A negação de Zumira era evidente. Poucos sabiam de sua condição e quando questionada em relação a sua saúde, a qual escondia da vizinhança e familiares, chegou a abrir processos judiciais contra pessoas próximas em uma constante “luta”, pulsionada por um intenso sentimento de ódio. Ciente de seus direitos, ela vestia sua armadura para verdadeiros embates que se estendiam às técnicas de enfermagem, assistentes sociais ou qualquer um que parecesse desagradar ou negligenciar algo que remetesse sua condição de vulnerabilidade. Sua própria internação é um exemplo de como Zumira se portava e como se via. A entrada no hospital só se tornou possível por ter reivindicado seus direitos, ameaçando a instituição de denúncia pública por veículos de comunicação, devido à morosidade para internação.

Zumira considerava-se “forte”. Moradora do bairro do Guamá e de classe popular, cursara apenas o nível fundamental, mas dominava bem o português, não deixando transparecer a pouca escolaridade. Destacava-se, com orgulho, em suas conquistas materiais. Ela e o marido trabalhavam com eventos e já haviam conquistado um carro, montado uma casa, onde criavam o filho, mantendo um padrão de vida considerado satisfatório, que lhe proporcionava momentos de prazer em viagens, festas e a garantia do filho na escola.

Mulher era sinônimo de batalhadora, sexualmente ativa, desejada – que correspondia a imagem de uma mulher de seios fartos, de quadril largo, tal como ela me descrevia ser antes do atual adoecimento. Mais além, Zumira era casada e mãe, o que, no decorrer dos atendimentos, pareceu ser um ideal identificatório, pois o rompimento de laços afetivos culminou em grande sofrimento psíquico.

Ao que parece, ela estava identificada com seu ego ideal, ou seja, se sentia perfeita, forte, capaz de sustentar e progredir na vida, imortal. No início, Zumira era seu próprio ideal, ou seja, supõe-se que estava identificada com a imagem criada para por seus pais: nada poderia atingi-la, nem mesmo a morte que o HIV insistia em ameaçar.

Passaram-se quinze anos sem que sua não adesão ao tratamento aos anti-retrovirais afetasse seu sistema imunológico. Mas o que, subjetivamente, poderia sustentar a criança de Zumira de que a aids não a mataria? A resposta freudiana pode ser o Eu Ideal, aquele que reúne toda a perfeição que o narcisismo dos pais depositam no filho.

Esse eu ideal da perfeição, postulado por Freud, parece reviver os ideais masculinos da cultura ocidental: forte ao ponto de ser invulnerável, autosuficiente de modo a não ser atingido pelas agruras da vida, ativo em qualquer circunstância, capaz de tudo enfrentar, como um guerreiro eterno, enfim, perfeito como um Deus. E era assim que Zumira se apresentava. Nada poderia abalar sua determinação de tudo vencer, sem jamais ser derrotada.

Acompanhando Freud (1925) e sua afirmativa de que não se deve ter como direção do tratamento derrubar uma negativa e impor uma completa aceitação da existência do conteúdo recalçado, os atendimentos psicoterápicos com Zumira, sob o método psicanalítico, ocorreram no sentido de dar ouvidos ao *pathos*, amparando sua dor e permitindo que pudesse nomear seu sofrimento em palavras, com o fim de aliviar sua angústia e possibilitar um espaço de experiência sobre o sofrimento.

9.2 REFLEXÕES SOBRE O TRAUMA DO DIAGNÓSTICO

Transparecendo agressividade em seu discurso, Zumira relatava viver em guerra, considerando-se uma guerreira. De fato, seu corpo biológico vivia uma constante batalha entre vírus e anticorpos, contudo, não era apenas da realidade corpórea que sofria e que tanto me falava, mas do ataque ao eu ocasionado por uma representação devastadora, estigmatizante, que surgira como uma enorme ferida narcísica ao eu, devastando suas representações identitárias.

A hipótese levantada é que o diagnóstico de aids para Zumira foi traumático. A notícia pareceu ter chegado a ela como uma grande pancada que a desestruturou por um bom período. Verifica-se que além de não ter a lembrança exata da cena do diagnóstico, a notícia pareceu deixá-la atordoada, perdida. Esta angústia pareceu continuar inassimilável à sua realidade psíquica e a aids algo enquistado como um corpo estranho, sem sentido e elaboração.

Não à toa Freud (1939), em “Moisés e o Monoteísmo”, comparou o trauma com o período de incubação de doenças infecciosas. Tal como a aids, que manifesta sua sintomatologia geralmente após longo período do contágio, o trauma psíquico também teria uma efeito tardio, ou melhor, um período de latência entre o acontecimento traumático e a manifestação sintomática.

Pode acontecer que um homem que experimentou algum acidente assustador (...) deixe a cena desse acontecimento aparentemente incólume. No decorrer das semanas seguintes, contudo, desenvolve uma série de sintomas psíquicos e motores graves, os quais podem ser remontados ao seu choque, à concussão, ou ao que quer que seja. Agora, esse homem tem uma ‘neurose traumática’ (FREUD, 1939 [2006], p. 85-86).

Portanto, Freud (1939) considerou que a neurose traumática irá aparecer após um período de latência, por meio de sintomas psíquicos e/ou motores que irão remontar o momento do choque traumático. Ainda neste texto, considera que o trauma terá dois efeitos: o positivo, na compulsão à repetição, que será uma tentativa de equilíbrio psíquico, como também o negativo, quando nem chega a recordação, não repetindo o trauma.

A cena traumática não é retirada da memória, mas há o surgimento de sentimentos que invadem o psiquismo como a angústia, o desamparo e a culpa. No caso de Zumira houve o choque com o diagnóstico, mas os afetos da cena – angústia, agressividade, medo, desamparo – manifestavam-se em momentos distintos entre eles na negação, pois sempre que alguém apontava algo que remetesse a sua condição de soropositiva, sua defesa psíquica era a agressividade. Desta forma, criavam-se enormes batalhas judiciais, verbais ou corporais e o foco deixava de ser o reconhecimento da doença, tornando-se o ódio projetado em um objeto externo a si.

Esta negação tão presente por quinze anos na vida de Zumira parece direcionar para a compreensão de que ela ainda não havia iniciado um processo de elaboração do trauma do diagnóstico, estando ainda sob os efeitos negativos, em uma constante defesa de seu conflito psíquico. Contudo, uma atuação sintomática era presente nos seus relatos: o abandono das medicações, que aqui supomos motivações inconscientes, pois inicialmente ela associava aos efeitos colaterais, mas que posteriormente reconheceu existir outras motivações.

Houve o reconhecimento de que o abandono das medicações não eram por mal estar, mas em um ato repetido, Zumira continuou a não adesão ao tratamento, sem pensar sobre sua atuação. A aids permaneceu como um estranho em seu corpo, algo externo, que negava e não pertencia a ela, era como se não tivesse aids.

Em 1924, Freud escreve o texto “O problema econômico do masoquismo”, já citado ao longo do trabalho. Neste artigo, ele descreve a pulsão de morte como a tendência do retorno ao Nirvana, ao inorgânico, considerando-a originária. Para a sobrevivência de um bebê seria necessário que parcelas da pulsão de morte se direcionassem ao mundo externo, atuando como pulsão de destruição ou como vontade de exercer o poder. Contudo, uma parcela desta pulsão internamente se mantinha suprimida, o que seria denominado de masoquismo original e erógeno e que irá fundamentar o masoquismo moral, aquele que a pulsão de destruição atua violentamente contra o próprio eu, provocando um sentimento de culpa inconsciente que acaba aparecendo como uma necessidade de punição, sem que o sujeito necessariamente perceba (FREUD, 1924).

Neste artigo, Freud (1924, p.110) irá afirmar que há uma inconsciência dos sujeitos a respeito de seu próprio masoquismo, que aparece como uma “necessidade de punição”, o que ele também chama de “sentimento de culpa inconsciente”. Utilizando-se do exemplo de pacientes que abandonam o tratamento analítico, cujo comportamento se opõe às tentativas de influenciá-los pelo tratamento, considera que há ganhos com a permanência no estado de doença, reconhecendo que há forças inconscientes que se rebelam contra a cura, e que dentre estes ganhos é o apaziguamento do sentimento de culpa o mais poderoso e do qual o paciente não tem a mínima consciência.

No caso de Zumira, formulamos a hipótese de que a pulsão de destruição pareceu atacar o eu, fazendo com que ela, ao abandonar as medicações, caminhasse ao estado inorgânico, isto é, se aproximasse do adoecimento e da morte. Seu sentimento de culpa inconsciente parecia puni-la sem que tivesse a percepção do quanto suas ações poderiam ser prejudiciais. Não tomar suas medicações também parecia ser uma forma de condenar-se a morte. Talvez também, em algum momento, se culpasse pela agressividade que dirigia aos outros, quando estes apontavam a aids.

Em sua fantasia poderia vencer a doença. Sua força seria o suficiente, mas adoeceu, estava com tuberculose, diagnóstico que demorou a ser definido, causando muito medo. Nos atendimentos este medo foi projetado, “eles estão preocupados” (SIC), me dizia referindo-se aos familiares. E após reconhecer seu próprio medo (“o tempo está passando, as pessoas precisam me ajudar, eu preciso começar um tratamento”), passou a realizar novas associações.

Foi a partir desta intervenção que passou a falar da morte, verbalizando: “a doença que tenho é grave”. Sua febre e os enjoos não passavam e pacientes da enfermaria estavam morrendo ou piorando, como a vizinha de leito, ao seu lado, começou a se recriminar por ter abandonado as medicações, “eu achei que não ia acontecer nada e olha agora (...) eu estou perdendo peso, estou ficando com aspecto de doente, estou fraca e cada vez pior”.

Os sintomas do adoecimento pela aids denunciavam o que Zumira tanto se defendia e a convidava a se deparar com uma nova imagem identitária, a de aidética, uma figura do imaginário insuportável. Porém, uma nova possibilidade se apresentou a ela: um colega soropositivo militante de movimentos sociais. Parecia ter-se identificado com uma nova representação de uma “pessoa vivendo com aids”, uma vida nova que talvez fosse possível.

A expressão “pessoa vivendo com aids” manifesta uma posição subjetiva construída na experiência de luta de vida dos coletivos brasileiros contemporâneos. Trata-se de uma produção discursiva que faz sentido para aqueles que, como Zumira, ainda vivem sobre o efeito do estigma da aids como uma doença mortífera, muito difundida até que surgissem os medicamentos anti-retrovirais.

Assim, Zumira passou a verbalizar que iria “mudar de vida, deixar os prazeres mundanos”. Segundo ela, significaria não beber mais cerveja, mesmo que socialmente, evitar praia e festas. Agora, iria recorrer a Deus e a igreja, pois precisava se cuidar. Freud (1930) considerava que a religião surge como recurso psíquico do sujeito lidar com o desamparo primordial e isso fica visível em Zumira. E mais, sentia-se culpada, como se fosse preciso abandonar os prazeres e o que se é, em busca de uma nova identidade para não morrer.

Foi quando, na livre associação, afirmou: “eu sou forte. Parei de tomar remédios e demorei um ano para adoecer, acreditando que era forte. Mas adoeci. Não tem jeito. Não posso achar que não vai acontecer comigo. A doença está aí. Eu não posso viver sem os remédios”. Neste momento, Zumira associou a não adesão ao tratamento com seu narcisismo infantil, sua onipotência de que tudo podia, inclusive, vencer a morte. Finalmente, reconhece sua fantasia de ser forte e imortal, uma ilusão narcísica que diante da aids desmoronou, deixando-a melancólica. Agora, em seu discurso expressa uma conclusão que, para ela, chegou tarde demais, ela não podia viver sem medicações.

Esta nova identificação com pessoas que assumiam e vivem com aids e o processo terapêutico resultaram em evidente melhora clínica, pois Zumira recebeu alta, internando-se cinco meses depois, porém sem abandono do tratamento para tuberculose e para aids. O Eu, sustentado pelo ideal de “pessoal vivendo com aids”, demonstrou uma mudança de posição subjetiva. Considera-se que pela fala Zumira pôde dar um novo sentido a sua relação com as

medicações, com adesão ao tratamento até o final de seus dias, quando, em melancolia, desistiu da vida.

9.3 DESOBEDIENTE E INJUSTIÇADA

A primeira descrição que Zumira fez de si foi de ser uma pessoa “desobediente”, associando ao fato de não tomar os remédios e ao seu comportamento agressivo, sempre em busca de vencer embates pessoais. Algo que deveria dizer sobre ela desde suas primeiras vivências edípicas, mas que, recalcado, manifestava-se agora em atuações e sintomas que revelavam algo de sua verdade.

Foi após o término do primeiro casamento que Zumira se envolveu com um rapaz por oito meses, de quem acredita ter contraído o vírus, devido o excesso de comprimidos que assistia ele tomar, afirmando serem para dor de cabeça, além de ter notícias, após o término, de seu falecimento por causa “estranha” (SIC). Este “estranho” parecia ser familiar, afinal, havia estranheza ao vê-lo tomar remédios para dor de cabeça, mas não um reconhecimento da possibilidade de algo mais grave. Talvez e ao que parece, ela já suspeitava do adoecimento do parceiro, logo, a aids teria sido transmitida por uma relação sexual de “paixão”, como ela mesmo afirmara.

Em minha análise, Zumira pareceu-me sentir-se traída por esse namorado que não lhe contou sobre o adoecimento, mas também traída por si própria, que não tomou precauções para evitar um contágio de doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando um sentimento intenso de agressividade consigo mesma, ocasionado pela culpa inconsciente. Esta culpa-fruto de um Supraeu tirano, duro e cruel – levou com que se atacasse ao não tomar seus remédios e, posteriormente, assumiu um lugar tão devastador que se manifestou na linguagem ao declarar sua desistência da vida, quando parou de comer e cuidar de si, dias antes de sua morte.

No entanto, o que teria levado Zumira a contaminar-se? Em “O mal-estar na cultura”, Freud (1930) afirma que nunca estamos tão vulneráveis como quando amamos e que, no auge de uma relação amorosa, não resta nenhum interesse pelo mundo circundante, o casal de amantes basta a si mesmo e nem sequer precisa do filho para ser feliz. Pode-se levantar a hipótese de que casais apaixonados em uma tentativa de simbiose considerem a camisinha como um terceiro, supérfluo, bastando sua união. Há pesquisas, como a realizada por Paiva (2014), que demonstram que casais apaixonados abandonam o método preventivo, então, Zumira pode ter submetido-se a contaminação por estar apaixonada.

Mas outras hipóteses também podem e devem ser levantadas. Como fora apresentado neste trabalho, o paradigma das diferenças sexuais – e seu resultante, a criação de um “padrão de feminilidade” – deixou evidentes marcas na cultura que continuam a repercutir e se propagar. Entre elas, uma moral médica que conduz sua atuação pautada nos estereótipos que dividem homens e mulheres, o que culminou no reconhecimento tardio da feminização da aids entre aquelas que não fossem trabalhadoras do sexo, e que continua vigente nas ineficazes campanhas preventivas, as quais não atingem a diversidade e pluralidade dos grupos de mulheres na população geral.

Freud, em 1930, já realizava uma leitura quanto à forma como a cultura ocidental em geral se relaciona com a sexualidade:

(...) amor genital heterossexual continua sendo afetado através das limitações representadas pela legalidade e pela monogamia. A cultura atual deixa claro que apenas permitirá relações sexuais sobre a base de um compromisso único, indissolúvel, entre um homem e uma mulher, que não aprecia a sexualidade como fonte independente de prazer e que apenas está disposta a tolerá-la como fonte até agora insubstituível para a reprodução da espécie (FREUD, 1930, p.113-114).

A união heterossexual em um relacionamento estável, ainda nos dias atuais, está atrelada a uma fantasia de proteção. Com a ilusória crença de que a aids não chega às relações apaixonadas, heterossexuais, e diante do ideal de fidelidade e monogamia, os casais não utilizam o preservativo, tal como Zumira, talvez vítima de vulnerabilidade programática, devido a pouca atuação do Estado na acessibilidade a informações referentes à saúde da mulher e o acompanhamento adequado, pois, tal como demonstrado no capítulo sobre feminização, ela só foi convidada a realizar a testagem quando grávida.

Porém, Zumira não foi apenas vítima de uma cultura machista, sexista, excludente, mas, segundo sua percepção, também fora vítima do namorado, que parecia saber de sua própria condição de adoecimento e a contaminou, sentenciando seu destino. A dúvida que pairava sobre ela, ao saber de sua morte e ao lembrar-se das excessivas medicações ingeridas por ele, não foi suficiente para procurar realizar o exame: era preciso defender-se desta “traição” que tanto lhe gerou ódio.

Talvez para proteger-se dos perigos da paixão, Zumira tenha optado pelo casamento e desejado engravidar para, enfim, ocupar o lugar subjetivo de mãe e esposa, que de forma ilusória é propagado na cultura ocidental como uma zona de proteção contra o mal das doenças sexualmente contagiosas. Afinal, foi logo após uma intensa paixão que Zumira

iniciou o relacionamento com seu ex-marido. Contudo, esta é apenas uma hipótese proposta neste trabalho, pois não houve tempo suficiente para ouvirmos mais da paciente.

Zumira, afirmava-se “vítima” e sentia-se “injustiçada”, o que aparecia nas suas recorrentes brigas judiciais, pela qual lutava para vencer, como também apareceu no momento que descobriu a contaminação do HIV e quando fora “abandonada” pelo marido que iniciou relacionamento com outra mulher. Na análise freudiana sobre sexualidade feminina, as mulheres seriam vítimas da inveja do pênis, o que ocasionaria o sentimento de injustiça por sua condição, além da intensa reivindicação em ser compensada, o que poderia ocorrer com o casamento e com o nascimento de um filho.

Contudo, há uma especificidade no caso de Zumira: ela, de fato, fora contaminada pelo vírus da aids em um namoro, por alguém que tinha conhecimento de sua condição soropositiva. Não temos informações suficientes para analisar se mobilizações inconscientes a fizeram colocar-se em uma situação de perigo, devido pouco tempo do processo terapêutico, mas a partir do que se teve contato através de sua fala é que houve um fato real que condenou o restante de sua vida.

Ainda sim, uma pergunta sempre me inquieta: diante do contexto histórico apresentado, com os paradigmas que mantiveram a submissão das mulheres, não seria este um motivo concreto para o sentimento de injustiça, desde a infância? Afinal, as regras sociais e as limitações impostas às meninas são constantes desde início de sua criação até a vida adulta, quando ganham menores salários e sofrem maior repressão sexual, logo, a reivindicação de compensação seria assim plenamente justificada.

Ainda seguindo a teoria de Freud, como saída edípica, a mulher teria três destinos: a virilidade/masculinidade, o adoecimento ou a maternidade. Verifica-se que Zumira não desenvolveu desejos homossexuais, porém assumira uma postura viril, considerava-se forte, trabalhava em espaço público e dividia com o marido o sustento do lar. Também vivia sua sexualidade, considerava que “enquanto há amor, há fogo”, revelando ter uma vida sexual satisfatória, para além da condição da maternidade. E mais, Zumira não pode ser considerada uma mulher sem paixão, ideologia proposta a partir dos paradigmas das diferenças sexuais.

Em minha compreensão, a posição que a mulher se identifica parece estar marcada a sua inscrição no universo cultural, que culminará em sua subjetivação e também na forma de ler, falar, teorizar e entender as mulheres. No caso da cultura ocidental é pelo falocentrismo que são tecidas as relações, constituindo-se a forma de subjetivar-se enquanto sujeito psíquico. Contudo, Birman (1999) irá compreender o falocentrismo como uma saída, uma defesa psíquica, da nossa cultura ocidental para lidar com uma condição originária, a

feminilidade. O repúdio à castração seria a forma de defender-se da condição de desamparo originário, da fragilidade humana, da possibilidade de finitude. No caso de Zumira esta postura de defesa, de buscar vencer todas as lutas, de onipotência infantil, parecia ser uma constante, fazendo parte de sua forma de se relacionar com o mundo, antes mesmo da aids, conforme seu relato.

Se na cultura ocidental, o repúdio da feminilidade é uma defesa e nas mulheres se manifesta por meio da inveja do pênis, possivelmente, perder o marido e afastar-se do seu filho homem, símbolos tidos por Freud como a compensação da mulher a falta de pênis, levou Zumira ao encontro com sua fragilidade, sua vulnerabilidade da qual tanto se defendia, por isso o sentimento de injustiça e, posteriormente, sua inibição melancólica.

9.4 A PERDA DO OBJETO E A QUEBRA DOS IDEAIS: o Eu de Zumira em ruínas

Como pode ser observado no relato clínico, Zumira era uma mulher como tantas outras imersas na cultura ocidental: era traída constantemente pelo marido, pelo qual lutava para manter ao seu lado, criando verdadeiras brigas com outras mulheres, as algozes. Com a aids considerava-se uma mulher de menos valor, aquela que deve aceitar e se submeter ao desejo do outro, condição tão imposta ao longo da história pela repressão sexual, que condenou muitas mulheres ao adoecimento psíquico.

Zumira, influenciada pelos valores culturais que emergiram a partir do paradigma das diferenças sexuais, considerava que o homem tem maior apetite sexual, justificando suas traições quando ela não tinha condições de manter uma rotina sexual com ele por estar debilitada fisicamente. Mas, destacava-se em parte dos padrões de feminilidade criado outrora, era trabalhadora e considerava-se forte, uma verdadeira guerreira, conforme se intitulava em nossos encontros.

Portanto, como já fora descrito, no início dos atendimentos Zumira apresentava-se como uma mulher forte, desejável, trabalhadora, com um casamento satisfatório, o que parecia ser bem evidente em seu discurso, pois fazia questão de mostrar-se poderosa e vencedora de batalhas. Contudo, o vírus do HIV edificou-se, devastando as muralhas que a protegiam, quebrando seus ideais identificatórios.

Zumira passa a se referenciar com uma mulher sozinha, doente, frágil, não desejável, impossibilitada de trabalhar, solteira e com uma doença sexualmente transmissível. E diante desta ruptura de ideais identificatórios, argumentava: quem iria querer ficar com ela? Houve

um rompimento dos ideais culturais de mulher mãe, esposa e passa a uma nova identificação, da qual ela tanto se defendia: a de mulher com aids.

Havia perdido a guerra e suas defesas. Derrotada no ideal de mulher desejável, não contava mais com corpo atraente, cheio de curvas, perdendo as formas femininas. Seu ex-marido, por quem brigava (e “lutava”!) com outras mulheres, nas inúmeras traições, agora tinha outro lar e outra mulher, disputa dura com uma rival, a qual jamais referiu literalmente.

Derrotada no seu ideal de esposa, não contava mais com um lar, com o filho para cuidar, contentando-se com a solidão e a presença apenas da figura materna. Desta forma, não estava mais nas rédeas da função materna, fora obrigada pela aids a voltar a um lugar infantil, regredido, aquele de um bebê que precisa dos cuidados maternos, deparando-se assim com sua fragilidade humana. Portanto, não podia mais ser guerreira, não podia mais trabalhar, assumir sua vida, estava fraca, precisando de ajuda.

A representação da aids ataca o psiquismo de maneira devastadora. Três elementos trazem grande sofrimento psíquico: a ameaça a finitude do eu, devido as associações mortíferas do imaginário social, a ferida narcísica pela ameaça a fantasia de onipotência infantil, e a sexualidade humana que, além dos processos identificatórios singulares, irá deparar-se com a sexualidade como tabu, uma vez que o recalque do sexual é constitutivo e condição para civilização.

Conforme já apresentado neste trabalho, segundo Ceccarelli (2000), há um intenso sofrimento psíquico decorrente da tensão entre o Eu e os Ideais, que irá gerar culpa inconsciente pela quebra de ideais identificatórios e também preconceito, diante de uma denúncia do sexual da qual não se quer tomar consciência. Este preconceito do qual Zumira tanto se protegia, também existia nela, a aids era “aquela doença” inominável que a colocava em um lugar de menos- valia, desvalorização, de contentar-se com imposições do outro.

Contudo, Zumira ainda tinha mais um fator agravante: a perda do objeto de amor. Segundo Freud (1917), em “Luto e Melancolia”, afirma que a melancolia também pode ser uma reação à perda de um objeto amado. Há um processo de regressão de retorno ao estado do narcisismo, isto é, não há investimento em objetos externos. Zumira havia sido atingida pela sombra do objeto: seu eu passou a ser atacado pelo sadismo superegótico em busca de satisfação para o sentimento inconsciente de culpa ou a necessidade de punição.

De acordo com Moreira (1992, p.91), na melancolia, a severidade do supraeu atinge um grau de crueldade particular, fazendo com que o melancólico se identifique com o objeto que ele irá aplicar sua ira, “ele mesmo é, em seu mundo de fantasia, o assassino que vela e o

morto pelo qual chora”. Zumira que projetava sua raiva para o meio externo, desloca para si: ela, uma mulher com aids, é a culpada pelo afastamento do marido. Ela é o objeto mau.

Contudo, aqui se faz um conflito na teoria freudiana. O supraeu do melancólico é cruel, severo, feroz. Porém, para Freud (1925), a mulher não possui um supraeu rigoroso como o homem. Não poderia então uma mulher ser melancólica? A argumentação teórica freudiana quanto supraeu com menos rigor seria decorrente da mulher entrar no complexo de Édipo por já se reconhecer castrada. Ela não terá a ameaça de perder um órgão, o que resultará em um supraeu menos rigoroso. Entretanto, esta teoria se mostra falha no caso clínico apresentado, pois há em Zumira um causticante sentimento de culpa que se manifesta em constantes flagelações e agrava-se com a perda irreparável de seu objeto de amor, sucumbindo a um processo destrutivo mortífero.

Pode-se afirmar que combalida pelo adoecimento físico que não cessava, pela perda de seu corpo saudável, de suas formas femininas e pela perda amorosa, condenou-se inconscientemente, chibatando seu eu até a morte. Após a perda do objeto do amor, ainda tentou-se ancorar nos ideais de fortaleza, era esse sua bengala, seu subterfúgio. Mas, diante do inevitável, isto é, da quebra de seus ideais, Zumira desistiu. Não quis mais comer, falar, cuidar de sua higiene corporal, verbalizando “eu desisti”. Segundo sua genitora, seu adoecimento ocorreu ao retornar para casa e verificar a ausência do ex-marido e do filho que definitivamente se afastaram. Conforme Freud (1930, p.107):

A pessoa se torna perigosamente dependente de uma parte do mundo exterior, a saber, do objeto de amor escolhido, e se expõe ao mais extremo sofrimento quando este a desdenha ou quando ela o perde devido infidelidade ou morte (FREUD, 1930, p.107).

É neste sentido que Freud (1930) refere três fontes donde provém o sofrimento humano: o poder superior da natureza, a fragilidade do nosso próprio corpo e a deficiência das disposições que regulam os relacionamentos dos seres humanos. Zumira encontrava-se, então, diante de duas fontes intensas de sofrimento. Mas tal como proposto neste texto, foi o sofrimento emergido nas relações humanas o mais devastador a ela. Nas palavras de Freud:

Se o indivíduo perde o amor do outro, do qual depende, também perde a proteção contra muitos perigos, e se expõe, sobretudo, ao risco de que esse outro prepotente [o SupraEu] lhe mostre a sua superioridade em forma de punição. (FREUD, 1930, p.146).

Portanto, o amor seria o entorpecente para lidar com o desamparo primordial, uma proteção psíquica, enquanto sua perda pode resultar em intenso sofrimento psíquico, o

sentimento de desamparo. Como vimos, feminilidade na teoria freudiana não seria restrita a atributos masculinos e femininos, mas uma condição originária, comum a todos os seres humanos. Para Birman (1999), se articularia com a condição de desamparo pela ausência do referencial fálico, devido provocar algo da ordem do inassimilável, do horror, devido a inexistência de uma instância de proteção para subjetividade e a condição do desamparo humano.

A busca pela perfeição, pela mediação do falo, seria uma recusa à condição de desamparo, finitude e fragilidade humana. Zumira, que recorria sempre à justiça para atestar suas vitórias e seu poder, que se considerava uma mulher bem sucedida afetiva e financeiramente, ao lidar com a quebra de seus ideais de uma cultura falocêntrica, com rompimento dos laços sociais, encontra-se diante daquilo que tanto se defendia: a ausência de uma ilusória “perfeição”, sucumbindo então à melancolia e evoluindo a óbito, após poucos dias de internação hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os paradigmas do sexo único e da diferenciação sexual, sustentados ao longo da história da civilização ocidental, influenciaram formas de pensar, teorizar, atribuir valores e papéis sociais às mulheres, reforçando a dominação masculina, com marcas presentes até os dias atuais. Não apenas a teoria freudiana sobre sexualidade feminina sofreu sua influência, mas também a ciência médica que, enraizada em uma matriz heteronormativa e nos padrões de feminilidade, ainda produz políticas ineficazes que contribuem para a feminização da epidemia da aids.

Estes valores ocidentais que ditam o que é ser uma mulher se constituem como ideais identificatórios, nem que seja para se opor a eles. Portanto, atravessando os desejos dos pais e a cultura, alguns ditames irão ter repercussões psíquicas, podendo fazer parte da imagem que sujeito faz de si e do que, na fantasia, precisa alcançar. No caso da aids, o imaginário social ainda é impregnado da ideia de uma sexualidade promíscua e desregrada, que vai de encontro com a imagem da cultura ocidental judaico-cristã, mãe/esposa/santa/Maria x mulher/promíscua/puta/Eva, ocasionando intenso sofrimento psíquico.

No caso de Zumira, a maternidade e o casamento pareciam ser os ideais com que ele se identificava, mas não somente, o de uma mulher desejável, forte, trabalhadora e guerreira. A aids lhe trouxe a perda de todos estes ideais, viu-se fraca, vulnerável, com corpo emagrecido e sem formas femininas, não sendo mais desejada sexualmente, com a dissolução de seu lar. A perda do marido e o afastamento do filho que, segundo a teoria freudiana, seriam inconscientemente a substituição do pênis (na equação simbólica pênis = marido = bebê) foram determinantes para a melancolia e morte. Aqui, elabora-se a hipótese de que Zumira tivera duas perdas fatais, a perda do objeto de amor e a perda de seus ideais identificatórios. Verificou-se que Zumira, com a perda de amor, ainda tentou sustentar-se com seus ideais de eu, porém diante de sua realidade física e da constatação da perda do amor não foi possível. Sem defesas, deparou-se com a feminilidade originária, que tanto repudiava para defender-se nesta cultura ocidental, que subjetiva os humanos, homens e mulheres.

Quando Birman (1999) propõe uma nova leitura da teoria de Freud, em que a feminilidade é originária, propõe que o falocentrismo é uma defesa psíquica manifesta na cultura ocidental e o tornar-se masculino ou feminino resultados deste processo inconsciente de defesa e de constituição subjetiva, ainda sim, nomeia esta condição humana – de finitude, imperfeição, desamparo – com um termo lingüístico que habitualmente é utilizado para referir-se à mulher: “feminilidade”. Contudo, a nova gramática do erotismo que Birman

reconhece ao ler Freud é bem inovadora: os humanos defendem-se desta condição originária e coube à figura de mulher, no decorrer da história ocidental, as projeções do que fora recalcado subjetivamente e reprimido socialmente.

As construções fálicas seriam uma forma do sujeito evitar, narcisicamente, o reconhecimento do desamparo e de sua condição de mortal e imperfeito. Longe da completude fálica e da onipotência narcísica, o sujeito encontraria na feminilidade o âmago de seu ser, haja vista que a fragilidade e incompletude são as formas primordiais do ser humano e também o que o levaria a posição desejanste. Desta forma, as representações fálicas na cultura ocidental, sejam as construções conceituais, sejam as do senso-comum, reproduzem idéias e práticas sexistas e misóginas seculares, sendo formas subjetivas dos homens e mulheres evitarem, em defesa de seu narcisismo, o reconhecimento de sua condição de mortal e imperfeito.

Concordando com Birman (1999), o que Freud parece reconhecer ao final de sua obra, e que ele chamará de feminilidade, é que há algo que todos os humanos lutam: sua condição finita, imperfeita, enfim, de desamparo constitucional. Em uma cultura centrada no ideal de perfeição, Freud observou que a constituição psíquica de todos os seres humanos vive um intenso conflito psíquico entre o ideal de perfeição e a condição psíquica originária, de desamparo.

Tendo o masculino originário como marca do pensamento ocidental desde os gregos, passando pelo cristianismo e até a modernidade, coube a repressão às mulheres, que pareceram então, ocupar o lugar desta fragilidade, passividade, e, ao longo da história, o lugar de imperfeição. Com o poder centrado nos homens, Freud reconheceu que o pênis seria central em sua teoria, contudo, o que parece é que ele ainda não tinha alcançado que não exatamente o pênis representaria o papel almejado, mas o lugar na cultura em que os homens haviam alcançado, do qual se tem a ilusória negação da condição de desamparo.

Ao considerar o sujeito sexual do inconsciente, a plasticidade das pulsões e ao reconhecer a feminilidade originária, sendo o desamparo primordial inerente a constituição subjetiva de todos os seres humanos, Freud parece ter reconhecido que a busca humana pela perfeição é uma defesa psíquica, um ideal de eu, que marca com a repressão e o recalque, a ferro e fogo, por assim dizer, o corpo erógeno de mulheres e homens em nossa cultura.

Reconhecer a “feminilidade” como originária, em oposição a forma como masculino e feminino se organizam pelo referencial fálico, de busca de perfeição, parece ser uma condição estrita da cultura ocidental, devido sua forma de organização que se desenvolveu secularmente, portanto, estruturando a forma de subjetivação de seus indivíduos e suas

mitologias individuais. Resta-nos investigar se em outras culturas, os mitos de origem e sua forma de organização social a fim de analisar como se organizam diante de condições psíquicas estruturais, tais como o recalque do incesto e parricídio, e se há esta mesma defesa psíquica à feminilidade ou se há outras formas de subjetivação.

Portanto, conforme Ceccarelle (2009), o falo como organizador social é, sem dúvida, um dispositivo de peso, mas a teoria falocêntrica, como qualquer outra teoria, nada mais é que um arranjo sintagmático para ler o real. Segundo o autor, ver no falo a única possibilidade de subjetivação implica no risco de perpetuar um poderoso dispositivo de ordem simbólica que dá continuidade a desigualdades. Neste sentido, propõe-se o estudo mitológico de outras culturas a fim de analisar se há outras formas de subjetivação para além de um referencial fálico.

Por fim, cabe enfatizar que o paradigma das diferenças sexuais que iniciara no século XVIII trouxe e continua a trazer sofrimento psíquico para as mulheres. Por ser uma ideologia dominante influencia as relações sociais, os espaços privados e públicos e hoje torna-se o germe das lutas feministas: desconstruir a concepção segundo a qual características pessoais, habilidades, sentimentos, profissões, enfim, funções sociais são determinadas pelo corpo anatômico e reprodutor. Sem dúvida, tanto estes ideais da figura de mulher como a quebra deles, seja por livre-arbítrio ou por violência, causam sofrimento psíquico.

Também se conclui que se a mulher concebida como “sem paixão” na cultura ocidental foi uma das manifestações do novo paradigma do sexo, o das diferenças sexuais, e que é preciso repensar o recalque e a repressão que incidiram sobre as mulheres a partir daí. No caso aqui apresentado, nota-se que mesmo com a repressão sexual, Zumira foi uma mulher de paixões. E quando se trata de paixão, é na psicopatologia fundamental construída por cada mulher, em um processo único e exclusivo de psicanálise pessoal, que se pode encontrar seus sentidos possíveis e seus efeitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. Feminilidade – caminho de subjetivação. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, v. 38, p. 29-44, 2012.

ARAÚJO, M. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, 2002.

AYRES, J. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. Casa da Edição, 1996, 20p.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J. Práticas educativas e prevenção de HIV AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n11, p.11-24, 2003.

BACCHINI, A. **Ser portador de vírus de HIV/AIDS: Reflexões sobre a sexualidade feminina e ideais de eu**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social. Belém: Universidade Federal do Pará, 2012. Disponível em: [www. Ppgp.com.br](http://www.Ppgp.com.br).

BARBOSA, R. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. IN: Czeresnia, D; SANTOS, E; BARBOSA, R.; MONTEIRO, S (Org). **AIDS: pesquisa social e educação**. Hucitec Abrasco: Rio de Janeiro, 1995.

BARBOSA, R. **Aids, transmissão heterossexual e método de prevenção controlado pelas mulheres**. Rio de Janeiro: C. ABIA, 2000.

BARBOSA, R; PERPETUO, I. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: O preservativo feminino em foco. In **Secretaria de Políticas para as Mulheres, Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: Rumos ao Cairo + 20** (pp. 137-155). Brasília, 2010. DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres.

BARRETO, O. **Constituição do Eu e a transmissão vertical do HIV: Um estudo psicanalítico com adolescentes soropositivos**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social. Belém: Universidade Federal do Pará, 2013. Disponível em: www. Ppgp.com.br

BASTOS, F. e COUTINHO, K. Tão longe, tão perto: as pesquisas de aids no Brasil. In: PARKER, G.; BESSA, M. **Saúde, desenvolvimento e Política: Respostas frente à aids no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

BASTOS, F. A feminização da epidemia de aids no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **C. ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 03, 2001.

BRITO, F. L; SZWARCOWALD, C.L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad Saúde Pública**, 2002. 16 (01): 65-76.

BERLINK, M.T (1997). Insuficiência imunológica psíquica. In: **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINK, M. T. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINK, M.T. O método clínico: fundamento da psicopatologia. In: **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. V.12, n.3, p.441-444, 2009.

BERLINK, M.T. O Método Científico nos primórdios da universidade: o caso de Andreas Vesalius de Bruxelas. **Ensino Superior Unicamp** (Campinas), 11, out-dez, 2013. Recuperado em 08 de outubro, 2014, de <http://www.revistasuperior.org.unicamp.br/artigos/o-metodo-cientifico-nos-primordios-da-universidade-o-caso-de-andreas-vesalius-de-bruxelas>

BENTO, B. **A reinvenção do copo: a sexualidade e gênero na experiência transsexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERER, M; RAY, S. **Mulheres e HIV-AIDS: Informação, ação e recursos relativos às mulheres e HIV, Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.

BIRMAN, J. **Gramáticas do Erotismo: A feminilidade e as formas de subjetivação em picanálise**. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2001.

BRASIL, V. Grupo de mulheres e história de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção no HIV. In: Czeresnia, D; SANTOS, E; BARBOSA, R.; MONTEIRO, S (Org). **AIDS: pesquisa social e educação**. Hucitec Abrasco: Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL; **Cadernos de Atenção Básica n.18º**. HIV/Aids, Hepatites e outras DST's. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS**. Brasília, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS**. Brasília, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. CONSULTORA WILZA VIEIRA VILLELA. Brasília, Outubro, 2010a.

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. 2010b

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Revisão do **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. CONSULTORA WILZA VIEIRA VILLELA. Brasília, 2010c.

_____; Ministério da Saúde. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Brasília, 2014, disponível em <http://www.aids.gov.br>

BUTLER, J. 2008. **Problemas de gênero: feminismos e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2008.

BRITO, A.M; CASTILHO, E.A; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 34(2): 207-217, mar-abr, 2000.

CAMARGO, B.V. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Revista de Ciências Humanas: Especial temática**. v. 3, p. 97-110, 2000.

CASTANHA. A.R. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da aids. **Psicologia: Teoria e Prática**. v.8, n. 1, p. 17-30, 2006.

CARRADORE, V. RIBEIRO, P. Relações de Gênero, sexualidade e aids: apontamentos para a reflexão. In: **Adolescência, aids e educação escolar: elementos para reflexão**. Dissertação de mestrado em Educação Escolar. São Paulo: Faculdade de Ciências e Letras (UNESP), 2004.

CECCARELLI, P. Mal-estar na identificação. **Revista Pulsional**, São Paulo, ano X, 93, p.37-46, 1997.

CECCARELLI, P. R. O sexual da violência. **Boletim de Novidades da Livraria Pulsional**, São Paulo, ano XI, 106, 78-81, fev. 1998. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br>

CECCARELLI, P. R. Sexualidade e Preconceito. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, ano III, v.3, p.18-37, set, 2000.

CECCARELLI, P. Sexualidade, eterno enigma. Entrevista concedida à Revista Troppo, do Jornal "O Liberal", de Belém do Pará – <http://www.oliberal.com.br/troppo/entrevista.html>, 2007a.

CECCARELLI, P. Mitologia e processos identificatórios. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v.39, p.179-193, 2007b.

CECCARELLI, 2008. A invenção da homossexualidade. **BAGOAS – estudos gays, gêneros e sexualidades**, Natal, v. 2, pp. 71-93, 2008

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em estudo**. Maringá. v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005

CECARRELLI, P. Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. In: RIAL, C. PEDRO, J; ARENDE, S (Org). **Diversidades: Dimensões de Gênero e sexualidade** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2010a.

CECCARELLI, P. SALLES, A.C. A invenção da sexualidade. **Reverso**. Belo Horizonte, v. 60, p.15-24, 2010b.

CECCARELLI, P. Considerações sobre pesquisa em psicanálise. In: MELO; JUNIOR (Org). In: **Psicologia: diálogos contemporâneos**. Curitiba: CRV, p. 137-146, 2012.

DIAS, E.C. **Entre o desejo e o risco: o que a psicanálise tem a dizer sobre a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/Aids**. Núcleo de Pesquisas em Psicanálise e Medicina da CLIPP, 2005. Disponível em:
<http://www.clipp.org.br/artigos_conteudo.asp?id_artigos=101&iframe=artigos_int&assunto=Artigos&icoimpressao=ok>

ENDO; P. SOUZA, P. Itinerário para uma leitura de Freud. **O mal-estar na cultura**. Porto-Alegre: L&PM, 2010.

FINE, R. **A história da psicanálise**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1981.

FOUCAULT, M. (1988). **A História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FREUD, S. F. (1898). **A sexualidade na etiologia das neuroses**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. III.

FREUD, S. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. VII.

FREUD, S. (1908). **Moral Sexual ‘Civilizada’ e doença Nervosa moderna**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. IX.

_____. (1908). **Sobre as teorias sexuais das crianças**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 2006. Vol. IX.

_____. (1914). **A história do movimento psicanalítico**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XIV.

_____. (1914). **À guisa de Introdução ao Narcisismo**. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume I. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1915). **O instinto e suas vicissitudes**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XIV.

_____ (1919). **Uma criança é espancada.** In: Edição standardbrasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XVII.

_____. (1920). **A psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher.** In: Edição standardbrasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XVIII.

_____. (1920). **Além do princípio do prazer.** In: Edição standardbrasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XIX.

_____. (1923). **O eu e o id.**In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. (1924). **O problema econômico do masoquismo.**In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____ (1925). **A negativa.**In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. (1925). **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos.** In: Edição standardbrasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XIX.

_____ (1925). **Um estudo biográfico.** In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XX.

_____. (1930). O mal-estar na cultura. In: **O mal-estar na cultura.** Porto-Alegre: L&PM, 2010.

_____. (1931). **Sexualidade Feminina.**In: Edição standardbrasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XXI.

_____ (1933). **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.** In:Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XXI.

_____ (1937). **Análise terminável e interminável** In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. XXIII.

_____ (1938). Entrevista à BBC de Londres, realizada em 07 de dezembro de 1938. In: **L'INVENTION DE LA PSYCHANALYSE.** Direção: Elizabeth Rodinesco e Elizabeth Kapinist. País de produção: França, 1997. 115 min. Son, Color, Formato: DVD [documentário GNT].

_____ (1939). **Moisés e o monoteísmo três ensaios.** In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. III.

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

HIGHWATER, J. **Mito e sexualidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

HOLLANDA, C.B. (1967). Com açúcar, com afeto. In: **Chico 50 anos: o amante**. Rio de Janeiro: Gravadora Philips, 1998.

HOLLANDA, C. B. de. Geni e o Zepelim. In: **Ópera do Malandro**. Rio de Janeiro: Polygram'Philips, 1978/1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2002. Disponível em: <http://ibge.gov.br/censo> Acesso em: 24 de agosto de 2013.

INSTITUTO PLANEJAMENTO ECONOMIA APLICADA, 2013. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2014.

JAMES,B. WERJ,P. O preservativo feminino. In: BERER, M; RAY, S. **Mulheres e HIV-AIDS: Informação, ação e recursos relativos às mulheres e HIV, Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.

KALCKMANN, Suzana. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, dez. 2013 .

LABAKI, M. E. P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

KEHL, M. **Deslocamentos do Feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

L'INVENTION DE LA PSYCHANALYSE. Direção: Elizabeth Rodinesco e Elizabeth Kapinist. País de produção: França, 1997. 115 min. Son, Color, Formato: DVD [documentário GNT].

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, M. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEBREGO, A.M. **Estudo psicanalítico sobre a feminização da epidemia do HIV/Aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2008.

LEVY, Elizabeth Samuel. **Desamparo, Transferência e Hospitalização em Centro de Terapia Intensiva**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social. Belém: Universidade Federal do Pará, 2008. Disponível em: <www.ppgp.com.br>.

LIMA, M.L.C; MOREIRA, A.C.G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, Vol. VIII, Nº 1, p. 103-118, mar/2008.

LISBOA, M. SOUZA, G.. A mulher na História: inserção social, sexualidade e maternidade. **Revista de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA**, 2002; a.2, n.1.

LYNCH, A.C. **A questão feminina na obra freudiana**: Impasses e avanços de Freud com relação ao enigma da feminilidade. Dissertação de mestrado em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2006. Disponível: www.ufrj.org.br.

MAIA, GUILHEM, FREITAS. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista Saúde Pública**, 2008.42 (2): 242-8.

MARTIN, D. Mulheres e aids: uma abordagem antropológica. **Revista USP**- Coordenadoria de Comunicação Social, Universidade de São Paulo, nº01, São Paulo: USP, CCS, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico da Aids 2012**. Disponível em URL: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em:

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico da Aids 2013**. Disponível em URL: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 25 de junho de 2013.

MITCHEL, J. **Psicanálise e Feminismo**: Freud, Reich, Laing e as mulheres. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

MÉLLO, R.P. Corpos, heteronormatividade e performaces híbridas. *Psicologia & Sociedade*. v.24, n1, pp. 197-207, 2012.

MELO, H. A invisibilidade do trabalho feminino nas estatísticas. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia (UFF). São Paulo, 2007.

MEZAN, R. A escrita da cínica. In: **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das letras, 2012.

MORAIS, V. Minha namorada In: **Disco 01**. Rio de Janeiro: Gravadora: UNIVERSAL; Selo: Mercury; Ano: 2004 .

MOREIRA, A. **Clínica da Melancolia**. São Paulo: Escuta/ Edufpa, 2002.

MOREIRA, A.C. As delicadezas do eu: fundamentos da vulnerabilidade. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 34, n. 63, jun. 2012 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-73952012000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 01.12.14

MOREIRA, A.C.G, LEVY.E; FRANCES, I. Se seu corpo ficasse marcado...As delicadezas do eu corporal. In: VILHENA, J; NOVAES,J.V. **Corpo para que te quero?** Usos, abusos e desusos. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Appris, 2012.

MOREIRA, A. Projeto: **Relações de gênero, feminismo, sexualidade, vulnerabilidade e a feminização da epidemia do HIV-aids em Belém**. Projeto aprsetando ao CNPQ Edital MCT, CNPQ, SPM-PR, MDA N°20,2010 – Seleção Pública de propostas para pesquisas em temas de Relações de Gênero, Mulheres e Feminismo. Número do Processo CNPQ: 402524, 2010-1. Comitê de ética: protocolo nº 2891,11. Belém, UFPA, 2013.

NERI, R. **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005.

NUNES, M.S. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade**. Rio de janeiro: Civilização brasileira, 2000.

PADUA, I. SIDA: doença estigmatizante. **An. Fac. Uni.Fed. Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.32, n.1, p. 22-27, jan/abril, 1986.

PARKER, R. **A Construção da Solidariedade**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1994

PARKER, R. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. IN: Czeresnia, D; SANTOS, E; BARBOSA, R.; MONTEIRO, S (Org). **AIDS: pesquisa social e educação**. Hucitec Abrasco: Rio de Janeiro, 1995.

PEDRO, J. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo. V.24, p.77-98, 2005.

POLI, M.C. **Feminino/Masculino: a diferença sexual em psicanálise**. Psicanálise passo a passo 76. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

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

POLIZZI, V. **Depois daquela viagem**. São Paulo: Editora Ática, 2003.

RODRIGUES, Alexnaldo. **Afinal, para que educar o Emílio e a Sofia? : Rousseau e a formação dos indivíduos**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, 2007.

RODRIGUES, C; PERREAULT, M. **A feminização do HIV sob a perspectiva de mulheres infectadas: uma questão de gênero**. III seminário internacional enlaçando sexualidades, Salvador: Grupo Enlace, 2013.

ROUDINESCO, E.**Théroigne de Méricourt: uma mulher melancólica durante a revolução**. São Paulo: Ed. Rocco, 1997.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUSSO, R. Vamos fazer um filme? In: **Descobrimento do Brasil**. São Paulo: EMI, 1993.

SANTOS, A. CECCARELLI, P. Psicanálise e moral sexual. **Reverso**, ano XXXII, v. 59, pp.23-30, 2010

SCHMIDT, J.F. As mulheres na Revolução Francesa. **Revista Thema**. v.09 . N.02, pp. 1-19, 2010.

SÉGLAS, J. **Des troubles du langage chez les aliénés**. Paris: J. Rueff et C^{ie} Editeurs, 1892 [Tradução livre].

SELIGMANN-SILVA, M. A cultura ou a sublime guerra entre amor e morte. In: **O mal-estar na cultura**. Porto-Alegre: L&PM, 2010.

SIGAL, A. **Escritos Metapsicológicos e Clínicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

SIGNORI, D. Prevalência da co-infecção HIV-sifilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 40, n. 3, p. 282-285, June , 2007.

SILVEI. RA, M. BERIA, J. HORTA, B. TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf>

SHIAVO, M., TRINDADE, M. Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV-AIDS. **Revista DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p.17-22, 2001.

STRACHEY, **Edição Standart Brasileira das Obras Completas- ESB**. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F..N, ESTEVES M.A, ANDRADE, C.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):7-19, 2000.

TAHON, Marie Blanche. O “bom” pai e o “bom” cidadão a partir do Émile de Rousseau. Margem – **Revista da Faculdade de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**. São Paulo, 1999. p. 253-267.

TAKAI, F; MOURA, A. Antes que seja tarde. In: **Televisão de Cachorro**, 1998. Selo: BMG. Produzido por Dudu Marote.

TAKETTE, S. Feminização da aids e adolescência. **Adolescência e saúde**. Volume 06, n 1. Rio de janeiro: abril, 2009.

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

UNAIDS – Global Report. Aids Epidemic Update 2013. Disponível em: <http://www.unAids.org>