



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

Angela Margarida Matos de Souza Melo

MATERNIDADE E HIV/AIDS: UM OLHAR PSICANALÍTICO

Florianópolis
2013

ANGELA MARGARIDA MATOS DE SOUZA MELO

MATERNIDADE E HIV/AIDS: UM OLHAR PSICANALÍTICO

Dissertação de Mestrado, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Mara Coelho de Souza Lago

Florianópolis, 2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca
Universitária da UFSC.

Melo, Angela Margarida Matos de Souza
Maternidade e HIV/Aids : Um olhar psicanalítico /
Angela Margarida Matos de Souza Melo ; orientador, Mara
Coelho deSouza Lago - Florianópolis, SC, 2013.
172 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
SantaCatarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.
Programade Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Maternidade. 4.
HIV/Aids. 5. Sexualidade. I. Lago, Mara Coelho de Souza.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que me ajudaram para que eu pudesse chegar até aqui e concluísse este trabalho, e a quem devo agradecimentos, mas não é possível nomear a todos. Alguns mais próximos e outros que provavelmente nem sabem que contribuíram, mas que me deram uma palavra de incentivo, oportunidades e possibilidade de aprendizagem. O processo de construção desta dissertação começou muito antes de decidir-me a fazer o Mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e as contribuições vêm desde os primeiros tempos.

Entre os que posso nomear, em primeiro lugar agradeço aos meus pais, que me prepararam para a vida, para enfrentar os desafios e que me ensinaram a buscar os lugares almejados por esforço próprio, sempre dentro dos princípios do respeito ao outro;

Aos meus filhos, André, Artur e Catarina, motivos de alegrias e que me enchem de orgulho. Entre as inúmeras alegrias recebidas, cinco pérolas queridas e promessas de renovação: Pedro, Luiz Artur, Guilherme, Beatriz e Rodrigo;

Aos que sempre se fizeram presentes em minha vida, especialmente nas horas difíceis: Meus irmãos, minha nora Ana Cristianne, minhas cunhadas e amigas Léa e Maria da Conceição. A essas/as muitas vezes recorri com a certeza de que seria atendida. Em diversos momentos aliviaram minhas frustrações, encorajaram-me, apoiaram, deram sugestões e me ajudaram no momento de transição e de mudança para outra cidade;

À amiga e colega Socorro Trindade, com quem pude dividir as angústias da incerteza e as ideias em construção;

À amiga Joselma Frutuoso, por me abrir as portas de sua casa e do coração e que esteve ao meu lado durante todo o processo de seleção para o Mestrado, orientando, incentivando e apoiando. Através dela, pude ainda descobrir belezas desconhecidas de Florianópolis;

À minha querida orientadora Dra. Mara Coelho de Souza Lago, que mais do que orientadora foi um suporte em terra estrangeira, acolhendo-me de forma carinhosa desde o dia em que cheguei a Florianópolis, e sempre se fez presente durante minha trajetória. Graças a ela, foi possível a realização deste trabalho e pude "fazer de um limão uma limonada". Com o olhar sempre atento ao que se passava, sabiamente deixava espaço para eu fazer minhas escolhas. Com a ajuda dela alarguei minha visão e compreensão;

Um agradecimento especial a Tânia Vanessa Nöthen Mascarello que gentilmente se dispôs a ler meu trabalho, dando contribuição valiosa

com seus comentários e sugestões. E que nos encontros da Maiêutica Florianópolis sempre se mostrou aberta para a interlocução e transmissão da psicanálise;

Às professoras Dra. Meriti de Souza e Dra. Louise Lhullier, que ao participarem da banca de qualificação do meu projeto deram sugestões importantes para a continuidade do trabalho;

Aos professores da UFSC, Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa, Dra. Louise Lhullier - que mais uma vez se dispôs a avaliar meu trabalho - Dra. Maria Chalfin Coutinho, e à professora Dra. Patrícia Porchat Knudsen, da Universidade Estadual de São Paulo, que aceitaram participar da banca de avaliação desta dissertação;

Aos demais professores da Pós-Graduação da UFSC com quem tive contato durante o curso e que contribuíram para minha formação no Mestrado, com suas aulas e críticas construtivas;

Aos colegas da UFSC que se detiveram para ler meu trabalho na fase de elaboração e, com olhar crítico, comentários e questionamentos, contribuíram para melhorar sua qualidade;

À Raquel Goldfarb, amiga sensível e atenciosa com quem tenho compartilhado pensamentos, preocupações e momentos de lazer, estes indispensáveis para repor as energias. Dela sempre recebo palavras que me tranquilizam nos dias em que minha ansiedade é grande.

Aos demais familiares, amigos e colegas de trabalho que me incentivaram e torceram por mim;

Obrigada a todos.

NO TE RINDAS...

Mario Benedetti

No te rindas, aún estás a tiempo
De alcanzar y comenzar de nuevo,
Aceptar tus sombras,
Enterrar tus miedos,
Liberar el lastre,
Retomar el vuelo.
No te rindas que la vida es eso,
Continuar el viaje,
Perseguir tus sueños,
Destruir el tiempo,
Correr los escombros,
Y destapar el cielo.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda,
Y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma
Aún hay vida en tus sueños.
Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo
Porque lo has querido y porque te quiero
Porque existe el vino y el amor, es cierto.
Porque no hay heridas que no cure el tiempo.
Abrir las puertas,
Quitar los cerrojos,
Abandonar las murallas que te protegieron,
Vivir la vida y aceptar el reto,
Recuperar la risa,
Ensayar un canto,
Bajar la guardia y extender las manos
Desplegar las alas
E intentar de nuevo,
Celebrar la vida y retomar los cielos.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se ponga y se calle el viento,

Aún hay fuego en tu alma,
Aún hay vida en tus sueños
Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero

RESUMO

Esta dissertação procurou estabelecer, a partir da teoria e escuta psicanalíticas, relações entre as vivências simultâneas da maternidade e da infecção pelo HIV, em mulheres atendidas em ambulatório especializado no tratamento e prevenção do HIV/Aids, que tiveram o diagnóstico durante a gestação ou até o terceiro mês de vida do bebê. Tanto a maternidade como a doença são construções histórico-culturais, com valorações antagônicas e associadas a representações socialmente compartilhadas, produzindo efeitos de subjetivação. Enquanto que a maternidade é associada à transmissão da vida e a um ideal de amor e doação, conferindo maior valorização à mulher que se torna mãe, o vírus HIV e a Aids são associados ao adoecimento e à morte. Pessoas infectadas pelo HIV, especialmente mulheres, são consideradas promíscuas e estigmatizadas, existindo a fantasia de que mulheres que têm relações estáveis estão a salvo da infecção. No Ocidente, sob a influência de diversos saberes e do cristianismo, foi estabelecida uma dicotomia entre a maternidade e o erotismo. Assim, se a sexualidade era legitimada nos homens, a sua expressão nas mulheres era vista como sinal de desvio de conduta, visão que ainda hoje produz efeitos nas práticas e valores morais compartilhados socialmente. Freud, ao atribuir à sexualidade um lugar central na constituição do sujeito, associada aos desejos inconscientes e voltada essencialmente à obtenção de prazer, dá-lhe outro estatuto, desvinculando-a da finalidade reprodutiva, ao mesmo tempo em que restitui à mulher seu corpo erotizado. Apesar dos esforços das instituições sociais para conter a sexualidade por meio de normas, ela extravasa os limites estabelecidos. A busca de prazer coloca as mulheres em condição de maior vulnerabilidade, em decorrência das assimetrias, culturalmente justificadas e validadas, nas relações de gênero. Essa assimetria coloca grande parte das mulheres em uma posição de submissão frente ao homem, o que se evidenciou nas falas das mulheres atendidas no ambulatório. Para muitas pessoas, ainda prevalece a visão dicotômica entre a mulher recatada e a que vivencia sua

sexualidade livremente. As mulheres que contraem o vírus através da prática sexual, sem que tenham uma relação estável, são desqualificadas, enquanto que aquelas que foram infectadas pelos maridos, são vistas como vítimas de uma fatalidade. Assim, grande parte das mulheres atendidas, infectadas pelo vírus, temia que sua condição fosse descoberta e relutava em contar ao companheiro sobre essa condição. Tinham medo de serem abandonadas, receavam não mais poder dar expressão à sua sexualidade e muitas delas, em suas fantasias, temiam sofrer violência física. Além desses receios, comuns a outras mulheres, as gestantes expressavam medo de transmitir o vírus ao filho, o que as fazia viver um conflito, e muitas achavam que não poderiam ser boas mães, uma vez que não poderiam amamentar. Assujeitadas aos valores vigentes, elas próprias sentiam-se destituídas de valor. Propiciar a essas mulheres um espaço de fala e escuta, possibilitou a muitas delas a oportunidade de re-elaboração subjetiva de fantasias relacionadas à condição de soropositivas, proporcionando-lhes a busca de novas formas de lidar com a realidade e com o outro.

Palavras-chave: Psicanálise, maternidade, HIV/Aids, sexualidade.

ABSTRACT

This dissertation has tried to establish, from theory and psychoanalytic sessions, the relations between the simultaneous experiences of maternity and HIV infection in women attended in an ambulatory specialized in HIV/Aids treatment and prevention, who were diagnosed during pregnancy or within three months of their babies' lives. Both maternity and disease are historical and cultural constructions with antagonistic valuation and associated to socially shared representations, producing subjective effects. While maternity is associated to the transmission of life and to an ideal of love and donation, conferring a greater value to a woman who becomes a mother, the HIV virus and Aids are associated to illness and death. HIV infected persons, specially women, are considered promiscuous and are stigmatized, existing the fantasy that women who have stable relationships are safe from infection. In the West, under the influence of various sciences and of Christianity, a dichotomy has been established between maternity and eroticism. As a result, if sexuality were legitimate for men, its expression in women was seen as a signal of a conduct deviation, a vision that still produces effects nowadays in socially shared practices and moral values. When Freud assigned to sexuality a central place in a subject's constitution, associated to unconscious desires and essentially connected to obtaining pleasure, he gave it another dimension, disconnecting it from reproductive purposes, at the same time returning to women their eroticized bodies. Regardless of the efforts made by social institutions to contain sexuality by means of rules it goes beyond established limits. The search of pleasure places women in a more vulnerable condition as a result from culturally justified and validated asymmetries in gender relations. Such asymmetry puts an important part of women in a position of submission before men, which has been evidenced in the spoken reports of women attended in the ambulatory. Many persons still have a dichotomic vision between the modest woman and that who freely lives her sexuality. Women who are infected by the virus through sexual intercourse without having a

stable relationship are disqualified, while those who have been infected by their husbands are seen as victims of a fatality. Thus, a great number of women attended, infected by the virus, feared the disclosure of their condition and were reluctant in telling their companions about their condition. They were afraid of being left, feared no longer being able to express their sexuality and, many of them, in their fantasies, were afraid of physical violence. Besides such fears, common to other women, pregnant women expressed fear of transmitting the virus to their babies, leading them to a conflict, and many thought they could not be good mothers since they would not be able to breast-feed. Submitted to the current values, they themselves felt valueless. By giving these women a space to speak and to being heard, many of them had the opportunity to subjectively re-make their fantasies related to their serum-positive condition and to search new ways to deal with reality and with others.

Keywords: Psychoanalysis, maternity, HIV/AIDS, sexuality.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Metodologia.....	25
2.1 Contextualização e caracterização dos atendimentos na Instituição estudada.....	32
2.2 Sujeitos da pesquisa.....	45
3. Lugar de fala, lugar de mudanças.....	49
4. Construção do objeto de estudo a partir dos pressupostos psicanalíticos.....	67
5. Maternidade: uma retrospectiva.....	89
6. Psicanálise, sexualidade e maternidade.....	97
6.1 Função Materna como lugar do Outro primordial.....	111
7. Psicanálise e estudos de gênero.....	121
8. HIV/Aids: entre prescrição e proscrição.....	137
9. Conclusões.....	155
Referências.....	165

1 INTRODUÇÃO

Desde os primeiros semestres da formação em psicologia interessei-me pela clínica e pela psicanálise freudo-lacianiana, que passei a estudar paralelamente à graduação, e de cujo referencial teórico me utilizo na prática profissional. Posteriormente, interessada em fazer o mestrado, de forma que considero coerente com minha escolha teórica, impôs-se como condição que esse fosse voltado ao estudo da psicanálise, dentro de um programa de pós-graduação que possibilitasse a construção e o aprofundamento do conhecimento desse conjunto teórico, com professores, programa do curso e disciplinas especificamente voltadas a pensar a psicanálise, abordando as questões sob esse prisma. Essa condição terminou por me trazer da região Nordeste do país para Florianópolis, uma vez que a Universidade Federal de Santa Catarina oferece uma linha de pesquisa em psicanálise, entre as demais do Mestrado em Psicologia. Isso se deu não sem que antes eu fizesse uma especialização em clínica com enfoque psicanalítico, o que julguei necessário para melhor me apropriar de conteúdos teóricos.

Faço esse relato para demarcar a importância atribuída por mim à psicanálise como instrumento de trabalho e, ao mesmo tempo, explicitar o meu lugar no exercício da prática clínica. A escolha pela psicanálise (melhor dizendo, o fato de ter sido atraída por ela) está diretamente relacionada à visão do humano na condição de sujeito dividido, decorrência do pressuposto psicanalítico fundamental da existência do inconsciente, produzido pelo recalque e pela linguagem, que sobredetermina comportamentos. O inconsciente se apresenta nos lapsos de linguagem, nos atos falhos, nos sonhos, nos sintomas e nas associações livres e foge, portanto, ao controle consciente. Assim, o sujeito não é o que supõe ser uma vez que há algo, nele próprio, que desconhece ao mesmo tempo em que detém um saber inconsciente e não sabido de si. A partir deste entendimento, Sigmund Freud priorizou a fala do paciente, restituindo-lhe a palavra, buscando possíveis causalidades dos seus sintomas nesse saber não sabido sobre si. Dessa forma, contrariou toda a prática da medicina do final do século XIX e início do século XX, que atribuía ao médico o conhecimento da verdade a respeito daquele que o procurava, das relações de causa e efeitos que poderiam explicar seus sintomas.

Durante quase cinco anos (maio de 2006 a fevereiro de 2011), atuei profissionalmente em uma unidade de atendimento à saúde, especificamente em um ambulatório especializado voltado ao

atendimento e tratamento de pacientes com HIV/Aids – adultos e crianças – em uma cidade do Nordeste do Brasil. Esse ambulatório constitui-se como uma unidade de referência no atendimento a pacientes infectados pelo HIV, entre tantos outros existentes no país, implantados como resultado da política de prevenção e tratamento da doença, adotada pelo Ministério da Saúde. Ali pude constatar, com base na escuta clínica disponibilizada a esses pacientes, que, entre essas pessoas, há um acréscimo de sofrimento que vem agregar-se àquele decorrente do processo de adoecimento físico, pelo medo da morte próxima e da exclusão social, esta em consequência do preconceito e das fantasias existentes em relação ao HIV e à Aids.

Ao assumir esse lugar, logo de início chamaram minha atenção as falas que surgiam da parte desses pacientes, relacionados a preconceitos existentes e ao medo de exclusão. Em particular, chamou minha atenção a angústia de pacientes gestantes que se souberam infectadas no período da gestação, diante da perspectiva de poderem vir a ter um filho "contaminado" e "doente", conforme suas próprias expressões. A angústia decorrente do medo de haver transmitido o vírus ao filho também se apresentava, de forma intensa, em mulheres que tinham dado à luz recentemente, sem que houvessem recebido o diagnóstico a tempo de fazer o tratamento preventivo para diminuir o risco da transmissão, apesar de haverem feito o exame. Para algumas dessas mulheres, pouco tempo após o parto, a doença apresentou-se na criança, fazendo-as deparar-se com o inesperado, com a falha irreparável do serviço de saúde ao qual, ainda assim e mais do que antes, precisavam manter-se fielmente vinculadas. Falha que parecia intangível e irreal por não poder ser atribuída a uma pessoa específica, mas que se apresentava - concretizava-se na criança - apesar da mãe ter seguido todas as recomendações médicas, o que as colocava no lugar de vítimas.

Entre as mulheres que atendi e que só tomaram conhecimento de estarem infectadas pelo vírus HIV após o nascimento da criança, esse diagnóstico tardio devia-se ainda, além de outros motivos, ao fato de algumas delas não terem feito o pré-natal. Nessas situações ocorria que a criança, não raro com risco de morte, passava a apresentar sintomatologia bastante acentuada, era internada e submetida a uma série de exames que comprovavam estar infectada pelo vírus e, conseqüentemente, também a mãe.

Havia ainda aquelas que ficaram sabendo de sua condição em relação ao HIV no momento do parto, através do teste rápido¹ feito nessa ocasião. Pude observar que, eventualmente - comportamento que não pode ser generalizado - após o parto e em alguns desses casos, havia mães que evitavam aproximar-se e pouco interagem com seus filhos. Podemos levantar a hipótese de que a doença poderia ser uma possível causa do distanciamento afetivo, uma vez que atribui uma condição indesejada à criança, que assim não corresponderia à imagem idealizada de perfeição como objeto total² em sua completude, construída imaginariamente pela mãe. Outra hipótese possível é a de que esse afastamento seria uma reação ao sentimento de culpa da mãe, por haver infectado o filho, e assim tentava distanciar-se e ignorar essa realidade; ou ainda, uma defesa ante a ideia de que logo poderia perder esse filho, evitando, assim, apegar-se a ele. Em alguns dos atendimentos feitos por mim às mulheres com HIV, frequentemente se apresentava a expressão de um sentimento de culpa que elas associavam à transmissão do vírus ao filho, quer como possibilidade quer como realidade, ou ainda, ao fato de não poderem amamentá-lo³ para não lhe transmitirem o vírus.

Nos atendimentos aos pacientes com HIV tornava-se visível, ainda, entre a população atendida, uma dessimetria nas relações homem/mulher que dizem respeito a questões de gênero. Essa dessimetria se apresentava favoravelmente aos homens através da aceitação, por parte de terceiros e das próprias companheiras, de uma maior flexibilização em relação à vivência da sexualidade, uma maior tolerância ao diagnóstico de soropositivo e até mesmo certo conformismo por parte das mulheres que se souberam infectadas pelos maridos. Ao mesmo tempo, para grande parte dos casais que mantinham

¹ Exame que tem por finalidade investigar uma possível infecção da parturiente pelo vírus, com finalidade preventiva em relação à saúde do bebê. Deve ser realizado como parte da rotina das medidas de assistência ao parto.

² Denominação utilizada na psicanálise para nomear o objeto de desejo supostamente considerado perfeito, sem falhas e insubstituível, capaz de satisfazer plenamente ao desejo.

³ Independentemente das razões que dizem respeito à saúde materno-infantil e, nas últimas décadas, alvo de campanhas para incentivar a sua prática, a amamentação é tida, por muitas pessoas, como símbolo de amor e doação materna. Atualmente trabalhando na maternidade de um hospital público da grande Florianópolis, SC, muitas vezes tenho presenciado falas que expressam esse pensamento, tanto da parte das pacientes internadas como da parte de profissionais, funcionários do hospital. Essa idealização chega ao ponto de causar estranhamento o fato de alguma puérpera não demonstrar um grande desejo de amamentar, fazendo com que passe a ser olhada por alguns, inclusive profissionais do serviço, como insensível e indiferente ao filho. Ao mesmo tempo, leva algumas puérperas a expressarem o sentimento de que se sentem "coagidas" ou "vigias".

uma relação estável, a decisão do uso de preservativos ficava a critério do homem.

Foi, portanto, a partir dessas observações - que para mim se fizeram questões - relacionadas ao meu trabalho junto a pacientes com HIV e, em especial, a partir dos atendimentos feitos a gestantes infectadas pelo vírus, dos conteúdos que se apresentavam em suas falas, que surgiu meu interesse pela realização desta pesquisa. A pesquisa foi protelada durante algum tempo, o que julguei necessário para um maior amadurecimento das ideias e uma melhor apropriação de conteúdos, de modo a poder concretizá-la durante a realização do mestrado. A partir do interesse que despertaram essas gestantes, estendi o olhar e o interesse da pesquisa a mulheres que, por ocasião do atendimento inicial, haviam dado à luz recentemente e que igualmente haviam recebido o diagnóstico de soropositivas durante a gravidez, no momento do parto ou até o terceiro mês de vida do bebê. O motivo de haver ampliado o interesse de estudo foi a observação de que essas diferenças em relação ao início dos atendimentos, assim como os diferentes momentos em que foram dados os diagnósticos, tinham repercussão no exercício da maternidade e na vivência dessa nova condição.

Dados epidemiológicos recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) têm registrado um aumento crescente de casos confirmados de Aids ao mesmo tempo em que apontam para uma feminização da doença no Brasil, com o crescimento mais rápido, nos últimos anos, do número de mulheres infectadas, quando comparado ao de homens. Conforme as estatísticas houve um aumento do percentual de mulheres com Aids, em relação ao total de casos. Há cerca de dez anos, aproximadamente dois terços das notificações feitas ao Ministério da Saúde de casos confirmados da doença eram de homens; atualmente, segundo dados divulgados (BRASIL, 2010), a relação entre homens e mulheres, a partir das notificações feitas, está próxima de 1/1.

De certa forma, as campanhas de combate e prevenção da Aids adotadas pelo Ministério da Saúde reforçam o ideal higienista e da "boa prática" da sexualidade construído socialmente, como defesa contra a infecção pelo vírus, pois praticamente só se fazem presentes durante épocas de grandes festas populares, especialmente o carnaval. A divulgação quase que exclusiva nesse período do ano, assim como o *slogan* repetido, com pequenas variações, "no carnaval, use camisinha", leva a uma associação da doença com "libertinagem" - conforme conceitos dos que são contrários a essa festa - sexo entre desconhecidos, falta de limites e bebidas, encobrendo o fato de que qualquer pessoa, mesmo em relacionamentos estáveis e monogâmicos, pode ser infectada

pelo vírus. As campanhas do Ministério da Saúde não se fazem presentes em todos os lugares e não investem na divulgação permanente e contínua das formas possíveis de infecção, riscos da doença, meios de prevenção e tratamento.

Essas campanhas deveriam estar presentes em todas as épocas do ano, especialmente nos lugares de grande circulação de pessoas e nas escolas, repletas de adolescentes e jovens que estão iniciando a vida sexual. Campanhas de esclarecimento, de caráter informativo e educativo, que possivelmente trariam uma mudança gradativa nas práticas sexuais, em relação à prevenção da infecção pelo vírus, assim como em relação ao preconceito.

De acordo com o Boletim de Estatísticas 2010 do Ministério da Saúde, tem havido um crescimento do número de jovens do sexo masculino infectados, na faixa dos 17 aos 20 anos. Ao mesmo tempo, as pesquisas apontam uma pequena relação positiva entre sua incidência e nível de escolaridade, passando de 0,10% entre meninos que têm o ensino fundamental completo a 0,17% entre os que não têm (BRASIL, 2010).

Em 1989, havia uma relação de 6 casos de Aids em indivíduos do sexo masculino para 1 do sexo feminino; em 2008 esta relação era de 1,5 homens para 1 mulher; em 2009 passou a 1,6 casos entre homens para 1 entre mulheres (BRASIL, 2010) e em 2010, 1,7 para 1. Na faixa etária dos 13 aos 19 anos, a partir de 1998, passou a haver um maior número de mulheres infectadas do que homens, na razão de 10/8 (BRASIL, 2010). A faixa etária de maior incidência da doença, em ambos os sexos, é entre os 25 e os 49 anos (BRASIL, 2011).

Ter o vírus HIV não significa ter Aids. A Aids ocorre em pessoas que já estão com a imunidade muito baixa e que, em decorrência, passam a adoecer frequentemente, apresentando as doenças oportunistas, que podem ser de qualquer ordem. Uma vez que por muitos anos, após a descoberta da Aids e do vírus HIV, não havia medicação apropriada para a doença e que os antirretrovirais usados atualmente são bem mais eficazes que aqueles utilizados inicialmente, há agora uma possibilidade real de maior sobrevivência, com as capacidades preservadas, para as pessoas infectadas pelo vírus que aderem ao tratamento, com uma conseqüente tendência de diminuição dos casos de Aids e dos óbitos associados à doença. Por outro lado, como a Aids acarreta doenças oportunistas de todo tipo, as pessoas que tiveram Aids e foram a óbito em decorrência disso, mas cuja condição anteriormente era desconhecida, possivelmente não aparecem nas estatísticas, uma vez

que o atestado de óbito não faz referência à Aids, mas à doença secundária que ocasionou a morte da pessoa.

Podemos pensar que em decorrência da eficácia dos medicamentos atualmente utilizados no tratamento do vírus, o número de óbitos por Aids, no Brasil, vem se mantendo estável desde 1998, com 6 óbitos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2010), embora tenha havido, desde então, um aumento do número confirmado de pessoas infectadas pelo vírus e novos casos de Aids. O número total de casos acumulados de Aids (quando a doença já se manifestou), entre 1980 e junho de 2011 era de 608.230 (BRASIL, 2011), com uma média aproximada acima de 36.000 novos casos a cada ano (37.465 em 2008, 38.538 em 2009 e 34.218 em 2010). A taxa de incidência, em 2010, foi de 17,9 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Estima-se que muitas pessoas têm o vírus e não sabem e, dessa forma, passam a infectar outras. Como medida preventiva de transmissão e aumento do número de casos, o Ministério da Saúde vem investindo na ampliação do diagnóstico, com o aumento da quantidade de exames, em todo o país. Dessa forma, entre 2005 e 2009, o número de testes realizados passou de 3,3 para 8,9 milhões (BRASIL, 2010). No mesmo período, a quantidade de distribuição de preservativos entre jovens, aumentou em mais de 60%, passando de 202 para 327 milhões (BRASIL, 2011).

Quanto à forma de transmissão, as pesquisas apontam que 83,1% das mulheres diagnosticadas em 2010 contraíram o vírus através de relações heterossexuais. Entre os homens, "42,4% dos casos se deram por relações heterossexuais, 22% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical" (BRASIL, 2011).

Em relação à tendência de feminização da doença e às estatísticas oficiais, deve ser levado em conta um aspecto que parece bastante relevante. As notificações feitas ao Ministério da Saúde são dos casos confirmados de Aids (conforme protocolo e condições de exigência estabelecidas pelo Ministério da Saúde) não do total de exames que confirmam a infecção pelo vírus HIV. No entanto, quando se trata de gestantes, essa notificação é feita pela confirmação da infecção, como forma de obter dados referentes aos índices de transmissão do vírus da mãe para o filho, transmissão denominada vertical.

Como forma de prevenir a transmissão vertical, o exame para HIV tornou-se rotina no acompanhamento do pré-natal e com isso muitos novos casos de infecção têm sido diagnosticados em mulheres. Assim, e de forma associada aos dados epidemiológicos que se

apresentam (BRASIL, 2010), há uma grande quantidade de mulheres sendo acompanhadas nos ambulatórios especializados voltados ao atendimento de pacientes com HIV/Aids, sendo, muitas delas, gestantes. Entre essas, grande parte tomou conhecimento de haver contraído o vírus através dos exames pré-natais.

A gestação e o pós-parto representam um período de grandes mudanças na vida da mulher, não só no aspecto físico como emocional, muitas vezes acarretando ansiedade. A notícia do diagnóstico da infecção pelo vírus HIV nesse período provoca uma sobrecarga que vai exigir um trabalho psíquico redobrado, uma vez que aos sentimentos relacionados à maternidade, juntam-se a ameaça à própria saúde e à do filho que está por nascer. Em decorrência, a possibilidade de um lugar de escuta, para essas mulheres, juntamente com o acompanhamento médico, pode ser importante no sentido de contribuir para uma diminuição significativa no nível de ansiedade e apaziguamento dos possíveis medos.

Diante da realidade aqui apresentada, surgiu meu interesse de investigação. **De que forma os discursos sobre a infecção pelo HIV e a Aids se entrecruzam com os discursos sobre a maternidade, em mulheres com sorologia positiva que tiveram o diagnóstico durante a gestação, ou até o terceiro mês de vida do bebê?**

A escolha para a pesquisa de mulheres nas condições acima especificadas deveu-se ao fato do diagnóstico de soropositiva ter coincidido com o início da gestação ou do exercício da maternidade propriamente dita. Mulheres que já se sabiam infectadas pelo vírus anteriormente à gravidez já vinham fazendo o tratamento há algum tempo e, de forma geral, lidavam com a questão do diagnóstico com menor ansiedade, pois se sentiam mais seguras em relação aos efeitos benéficos da medicação no próprio organismo e como barreira a uma possível transmissão do vírus à criança. Ao contrário, para aquelas mulheres escolhidas para a pesquisa, era muito presente o medo da própria morte assim como o medo das consequências desse diagnóstico em relação aos filhos por nascer ou recém-nascidos.

O objetivo geral da pesquisa foi,

➤ Analisar, a partir da clínica e da teoria psicanalítica, discursos sobre HIV, Aids e maternidade, em mulheres infectadas pelo vírus, atendidas em um serviço público voltado ao tratamento e prevenção do HIV/Aids, e que tiveram o diagnóstico durante a gestação ou até o terceiro mês de vida do bebê.

Teve como objetivos específicos:

- Buscar, nas falas das mulheres atendidas, os significantes associados à maternidade;
- Investigar os significantes e associações feitas por essas mulheres em relação à infecção pelo HIV e à Aids;
- Analisar, nas falas das mulheres atendidas, mudanças ocorridas ao longo do período de atendimento psicológico, em relação aos significados atribuídos por elas à infecção pelo vírus e à maternidade, que se refletiam na forma de lidarem com a realidade.

Com o crescimento do percentual de mulheres infectadas pelo vírus HIV (BRASIL, 2010), entre as quais, grande parte recebe o diagnóstico durante a gestação, é importante buscar formas de evitar a transmissão vertical e de favorecer a adesão ao tratamento - objetivos da intervenção clínica médica nos ambulatórios. Considero igualmente importante possibilitar a essas mulheres a re-elaboração de fantasias que possam surgir, relacionadas à maternidade e associadas ao fato de se saberem portadoras do vírus, o que se constituiu como motivação primordial para a pesquisa.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, foram abordados vários aspectos relacionados ao tema, passando pela discussão de aspectos teóricos e pressupostos da psicanálise. Igualmente foram analisadas questões relacionadas às práticas culturais e construção de objetos da cultura nos quais se incluem a maternidade e normas de comportamento. Foram apresentadas, ainda, as condições de trabalho no local de atendimento às mulheres com HIV e dados estatísticos relacionados à epidemia de HIV/Aids. Finalmente, foram discutidas, a partir das falas das mulheres atendidas, questões relacionadas ao preconceito e fantasias associadas à doença, que acarretam sofrimento psíquico aos portadores do vírus.

No capítulo 2 foram abordadas questões teóricas, epistemológicas e éticas que serviram de diretrizes à construção do trabalho, ao mesmo tempo em que foi feita uma reflexão a respeito dos pressupostos psicanalíticos, que por si mesmo justificam o método empregado na prática clínica e neste trabalho. Ainda foram trazidas as razões da escolha do material utilizado para a pesquisa que, embora algumas possam ser de ordem objetiva, não deixam de ter também aspectos subjetivos, uma vez que não foi definido previamente o período de tempo dos atendimentos realizados nem estabelecido, *a priori*, quais seriam os sujeitos da pesquisa. Em relação a este último aspecto, uma vez que esta pesquisa está fundada em concepções da psicanálise e da clínica psicanalítica, entendemos que essa definição prévia direcionaria a escuta com efeitos negativos ao processo clínico. Nesse capítulo

também foi apresentado o serviço onde essas mulheres foram atendidas e seu funcionamento, assim como traçado um esboço do público atendido e das principais dificuldades que surgiam nas vidas dessas mulheres, relacionadas à infecção pelo vírus HIV, conforme suas próprias falas. Os atendimentos foram caracterizados, assim como as mulheres cujos atendimentos foram analisados para a realização do trabalho. Por se tratarem de atendimentos feitos em uma instituição pública e, ainda, devido à demora em receber o resultado do exame de HIV, os atendimentos e acompanhamentos eram feitos, conforme será comentado, com limites estabelecidos por condições de possibilidade.

Após a apresentação da metodologia utilizada na realização deste trabalho, foram apresentados alguns recortes de falas das mulheres atendidas e efeitos que foram possíveis de observar, decorrentes do uso da palavra. Acredito que esses recortes, juntamente com algumas considerações que foram feitas a respeito, podem dar uma ideia geral da condição e do lugar em que essas mulheres eram colocadas e como elas próprias se colocavam diante da vivência da maternidade, sabendo-se infectadas pelo HIV.

No capítulo 4 foram apresentados e explicitados pressupostos e conceitos fundamentais da psicanálise, e as implicações dessa construção teórica para o entendimento do funcionamento psíquico e constituição subjetiva, na qual a sexualidade e a linguagem têm importância fundamental. Esses pressupostos e conceitos foram princípio e guia para pensar em como elaborar esta pesquisa. Levando em conta que o sujeito se constitui pela linguagem, o processo de subjetivação se dá a partir dos valores e normas culturais transmitidos igualmente através da linguagem.

No capítulo 5 foi feita uma revisão de como se deu o processo de construção cultural da maternidade, no Ocidente. Essa construção histórica, influenciada por fatores políticos, religiosos e associada ao saber médico, ao mesmo tempo em que atribuía uma valoração positiva à maternidade e à mulher que se tornava mãe, contribuindo para que esta passasse a ter uma participação maior no projeto de construção social, efetuou uma dicotomia entre a maternidade, diretamente associada à constituição biológica, e a sexualidade feminina. Conhecer essa construção histórica é importante para que se possa tentar compreender o significado simbólico atribuído à maternidade, nos dias de hoje, e os efeitos de subjetivação que produz.

Em um trabalho que trata diretamente da maternidade a partir do ponto de vista da psicanálise, é importante apresentar o que esta diz a respeito da constituição da sexualidade e do desejo de ter filhos. Essas

questões foram apresentadas ao longo do capítulo 6. Ali também foram desenvolvidas reflexões sobre a construção teórica psicanalítica em torno da importância da função materna e da função paterna, para a constituição do sujeito. Funções que, para a psicanálise, não estão diretamente relacionadas e associadas à consanguinidade, podendo ser exercidas por qualquer pessoa que tenha um olhar desejante voltado à criança.

Uma vez que tanto a psicanálise como os estudos de gênero voltam-se à constituição da sexualidade e da feminilidade, assim como a questões relacionadas com a maternidade, embora com posicionamentos distintos, foi apresentado um breve resumo das principais divergências e tensões estabelecidas entre alguns psicanalistas e autores voltados aos estudos de gênero, no capítulo 7.

No capítulo 8 foram tratadas questões que dizem respeito diretamente ao preconceito de que os portadores de HIV/Aids são alvo, na sociedade. O medo de serem estigmatizados e de verem suas relações afetivas e sociais rompidas, em decorrência das representações sociais em torno da doença, é uma das maiores ameaças com que essas pessoas lidam.

Finalizando o trabalho, trouxe algumas conclusões e reflexões a que esse estudo conduziu.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi pensada a partir da observação e atendimentos clínicos que realizei a pacientes com HIV/Aids, embasada pela psicanálise, numa instituição pública de saúde. Utilizando-me de recortes de atendimentos a mulheres com HIV que tiveram o diagnóstico durante a gravidez, no momento do parto ou até o terceiro mês de vida do bebê, a pesquisa foi focada no material que as pacientes trouxeram durante os atendimentos, seus discursos em relação à maternidade e à infecção pelo vírus. Esses recortes, analisados à luz da psicanálise a partir dos significantes que surgiam associados à maternidade e ao HIV/Aids, davam indícios da forma como essas mulheres se viam em decorrência da sua condição de soropositivas, suas fantasias relacionadas à doença, ao exercício da maternidade e como se posicionavam subjetivamente frente a essas situações.

A gravidez provoca uma série de mudanças no corpo e adaptações a uma nova condição de vida, uma mudança de lugar, quando a mulher passa a assumir um novo papel, na perspectiva de se tornar mãe. Essa nova condição, de forma geral, traz ansiedade e sentimentos ambivalentes pela mudança que acarreta em sua vida, entre outras coisas, com o medo do desconhecido, da responsabilidade de cuidar de uma criança e a redução do tempo que tem disponível para si. Quando associada à notícia do diagnóstico de infecção pelo HIV, a mulher se vê na situação de ter que lidar, simultaneamente, com outras questões que vão produzir, de forma irreversível, grandes e importantes mudanças na sua vida.

A análise do material da pesquisa se deu a partir de anotações feitas à época dos atendimentos e recorrendo à memória, rememorando o que ali se passou. Portanto, essas anotações foram analisadas *a posteriori*, o que possibilitou, revendo-as depois de um período de distanciamento, estabelecer novas articulações teóricas, ao mesmo tempo em que suscitaram novas questões. Essas mulheres foram atendidas há alguns anos e desde então eu não havia retornado a essas anotações. Ao fazê-lo recentemente com o intuito de escrever a respeito, fui surpreendida com um novo entendimento em relação a algumas dessas falas. O distanciamento do caso clínico me possibilitou um novo olhar e novas reflexões. Durante o período de atendimento e à medida que as falas iam se apresentando, foram feitas intervenções quando eu

achava pertinente. Algumas produziram efeito, tiveram valor de interpretação⁴, outras provavelmente caíram no vazio.

Os registros utilizados na análise para esta pesquisa foram resultado de atendimentos realizados durante cinco anos de trabalho, entre o início de 2006 e início de 2011, em um serviço de saúde especializado no tratamento de pacientes com HIV/Aids de um grande hospital público, na região Nordeste do Brasil, onde essas mulheres eram acompanhadas. Não houve qualquer intenção prévia de estabelecer um período de tempo determinado, este foi decorrente da escolha do material para analisar, entre muitos disponíveis. Não houve também a intenção de buscar a confirmação de uma hipótese em relação ao público atendido ou de dados estatísticos que pudessem servir como marcadores. O interesse de estudo foi o que havia se apresentado, na clínica, no que dizia respeito ao sofrimento das pessoas atendidas e como elas lidavam com isso. Como elas próprias nomeavam seu sofrimento e iam encontrando novas formas de enfrentar as adversidades relacionadas à sua condição de pessoas infectadas pelo HIV, estando grávidas ou sendo mães, independentemente de suas idades ou condições socioeconômicas.

O interesse da pesquisa, desde quando comecei a pensar nela, era o de trazer à discussão os sentimentos das mulheres, e não as intervenções preventivas relacionadas ao tratamento e controle da doença. Questões que se tornaram possíveis, ao propiciar um espaço de enunciação a essas mulheres submetidas ao silêncio quer pelos próprios companheiros, quer pelo preconceito existente em torno do HIV ou, ainda, pelas normas e diretrizes adotadas pelo serviço de saúde, diretamente subordinado ao Ministério da Saúde. Nesse sentido, havia também a intenção de tentar mostrar o quão era importante para essas mulheres o atendimento psicológico, a disponibilização de um lugar de fala.

A condição de gestantes as fazia responsáveis pelas crianças que estavam gestando, conferindo ao tratamento um caráter de obrigatoriedade, tendo em vista os cuidados de proteção ao bebê⁵. Isso

⁴ Ou seja, provocaram uma mudança de posição subjetiva; possibilitaram re-elaborações que permitiram a atribuição de um novo sentido ao que anteriormente se apresentava com um sentido fixo.

⁵ O não comparecimento regular para consultas de crianças e gestantes era motivo para acionar o Serviço Social, o que poderia vir a se tornar uma denúncia de negligência, ao Conselho Tutelar. Dependendo de cada caso, isso poderia ser encaminhado ao Juizado da Infância e Juventude, constituindo-se motivo para um processo de pedido de abrigo da criança, que então ficava sob a tutela do Estado, podendo acarretar na perda da guarda ou destituição (definitiva) do poder familiar. Na maternidade em que atualmente trabalho, muitas mães

tornava mais difícil, para elas, esconder o diagnóstico, por uma série de razões. A primeira delas era o fato de que não podiam fazer o pré-natal em qualquer posto de saúde, tendo que se deslocar, muitas vezes, para um local distante daquele onde moravam. Isso as forçava a mentir até mesmo para pessoas com quem mantinham um relacionamento próximo, a construir falsos argumentos que pudessem justificar essa mudança de local de atendimento, por medo de que fosse descoberta a verdadeira razão. Em seguida ao tratamento pré-natal vinha o parto, também cercado de recomendações especiais, e logo depois a fase de amamentação⁶. Havia ainda o medo de que a criança nascesse com o vírus, o que podia acarretar sentimentos de culpa ou rejeição ao bebê.

Não me interessei por analisar atendimentos a mulheres que engravidaram já sabendo anteriormente da sua condição de soropositiva. Estas, poucas vezes procuraram atendimento psicológico e nos poucos casos em que isso ocorreu, faziam-no por outros motivos. Pareciam mais tranquilas em relação à infecção pelo vírus, ou porque já vinham anteriormente fazendo tratamento, tendo condições de realizar uma avaliação positiva do mesmo, ou porque optaram por engravidar, apesar da sua condição em relação ao HIV. Já haviam passado da fase de buscar estratégias para lidar com a doença e com a curiosidade das demais pessoas.

A escolha dos registros utilizados para a pesquisa não foi estabelecida *a priori*, mas se deu à medida que fui me lembrando das mulheres atendidas e do que me ficou na memória, a respeito desses atendimentos. Inicialmente, tencionava analisar apenas atendimentos a mulheres que, enquadrando-se na condição de terem recebido o diagnóstico na gravidez, foram acompanhadas ainda durante a gestação. Foram as anotações desses atendimentos as primeiras que selecionei, dando preferência àqueles que haviam se prolongado por mais tempo.

quando fizeram o pré-natal, especialmente no caso de terem o vírus HIV, são acompanhadas por uma assistente social durante o período de internação, no sentido de averiguar se essas mulheres têm condições de ficar e cuidar da criança de forma adequada. Há casos em que, chegando ao Juiz da Infância e da Juventude, é emitida uma ordem judicial que impede a mulher de sair da maternidade com a criança, que então é encaminhada para adoção.

⁶ No Brasil, existe uma recomendação do Ministério da Saúde para que as mulheres com HIV não amamentem, uma vez que o vírus pode ser transmitido através do leite materno. Em decorrência, após o parto, é prescrita medicação para secar o leite dessas mulheres, que durante seis meses recebem o leite em pó para a criança, quando do comparecimento às consultas médicas. Ainda assim, se a criança for colocada para sugar o seio, há estimulação da produção de leite e por esse motivo é necessário que a mãe esteja de acordo com a suspensão do aleitamento materno, evitando uma exposição maior à criança. Práticas diferentes podem ser adotadas em outros países, onde a amamentação consiste na única possibilidade de nutrir o bebê.

Em seguida, a partir da releitura de outras anotações, decidi incluir na pesquisa algumas mulheres que só procuraram atendimento após o parto, mas que já tinham tomado conhecimento do diagnóstico desde a gravidez. Havia ali dados interessantes, que ainda não tinham sido reelaborados, e se relacionavam aos medos trazidos pelo primeiro grupo de mulheres, mas também surgiam novas questões. Por fim, foram incluídas como de interesse para a pesquisa outras mulheres que só receberam o diagnóstico durante o parto ou após o nascimento da criança. Com o diagnóstico, essas últimas foram tomadas de surpresa, ao mesmo tempo em que já estavam com um bebê nas mãos para cuidar.

De acordo com o método psicanalítico, esses registros foram feitos após as sessões, a partir daquilo que mais sobressaiu durante seu transcorrer (MEZAN, 1992). Na época dos atendimentos, não havia a intenção de utilizar quaisquer dessas anotações em uma futura pesquisa. Eram registros das associações feitas pelas pacientes e também as que surgiram a respeito, de minha parte, durante ou após os atendimentos. Registros das intervenções feitas; das mudanças observadas, nessas mulheres, em relação ao enfrentamento da doença; das demandas trazidas; das soluções encontradas para lidar com a realidade e as mudanças na forma de se relacionar com o outro. As anotações foram feitas de memória, nem sempre no mesmo dia em que ocorreram os atendimentos. Nesse momento eu tentava registrar o que mais me chamara a atenção, o que parecia, da fala da paciente, estar desvelando algo ou, ao contrário, o que parecia estar se apresentando como forma de encobrimento à causação psíquica. Essa escrita era um primeiro distanciamento do caso clínico, um momento de refletir a respeito.

Aqueles elementos do material que já formam um texto coerente ficarão à disposição consciente do médico [analista]; o resto, ainda desconexo e em ordem caótica, parece a princípio estar submerso, mas vem rapidamente à lembrança assim que o paciente traz à baila algo de novo, a que se pode relacionar e pelo qual pode ser continuado. [...] Não obstante, deve-se ter em mente que relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar (FREUD, 1996 [1912], p. 126 e 127).

No atendimento clínico embasado teoricamente pela psicanálise, a realidade que se busca é a psíquica, na qual estão presentes fragmentos da história de vida do sujeito, fantasias e sentimentos nem sempre

conhecidos; assim, não se trata de investigar sua realidade externa nem a verdade factual. Dessa forma, aqui não cabe a proposição de uma hipótese realística comprovável, já que a psicanálise não trata de buscar uma verdade que atenda aos princípios da lógica e da não-contradição, mas se debruça sobre conteúdos inconscientes que aparecem por meios da livre associação, nos troços da fala. Cabe, no entanto, com base na teoria psicanalítica, levantar questões e algumas hipóteses de possíveis causações psíquicas, de posições subjetivas ocupadas, a partir dos discursos e associações feitas por essas mulheres atendidas.

Uma vez que a epistemologia diz respeito à forma de produção de conhecimento e verdades de uma disciplina, a pesquisa em psicanálise deve basear-se nos seus conceitos fundamentais, voltando-se para a investigação do sujeito do inconsciente. E para isso, dar lugar à fala daquele que está em atendimento. Dessa forma, a pesquisa em psicanálise tem método próprio, instituído a partir dos seus pressupostos, de acordo com seus conceitos e com sua regra fundamental da livre associação. Não cabe, na metodologia e na pesquisa, portanto, apenas enumerar e citar os procedimentos adotados para a obtenção e análise dos conteúdos, mas analisar questões epistemológicas relacionadas, que justifiquem o emprego do método. Esses conceitos fundamentais e pressupostos serão explicitados mais adiante⁷.

A partir do material analisado, foram selecionados alguns recortes de falas das pacientes e algumas vinhetas, comentadas sem que tenha sido fornecido qualquer dado que pudesse identificar as pessoas atendidas, sem que os casos ou histórias de vidas tenham sido relatados, de forma a preservar o sigilo dos atendimentos. Foi mencionado apenas o necessário para estabelecer algumas relações teóricas julgadas pertinentes. Em relação ao fato de só terem sido apresentados dados fragmentados, Freud (1996 [1912], p. 128) já alertava que, se os leitores "não estão dispostos a levar a sério a análise e analista, tampouco prestarão atenção a acurados registros literais do tratamento". As falas não foram individualizadas, assim como as características das mulheres, mas apresentadas como um conjunto de informações referentes a um grupo com características comuns, ou seja, mulheres gestantes, ou que deram à luz recentemente, com HIV. Embora nos atendimentos fosse dado lugar à singularidade de cada uma das mulheres atendidas, as informações aqui aparecem isoladas de quaisquer outras características das mulheres, associadas a um determinado conceito ou pressuposto.

⁷ No capítulo 4, *Construção do objeto de estudo a partir dos pressupostos psicanalíticos*.

Juntamente com os recortes de falas, trouxe ainda alguns exemplos de mudanças objetivas que foram possíveis de observar nas mulheres atendidas, em relação à época do primeiro atendimento; mudanças de como passaram a lidar com a situação e a doença. Considero relevante falar dessas mudanças que se apresentaram, pois denotavam a importância e os efeitos da fala, do espaço de escuta disponibilizado e, dependendo da situação, interrogar-me, do ponto de vista transferencial⁸, o que poderia tê-las provocado, situando a importância da transferência no processo.

Não existe, nessa análise e discussão, a intenção de esgotar possibilidades nem estabelecer padrões de comportamentos ou de reações possíveis frente à notícia do diagnóstico de soropositivo. Tratam-se de formas singulares de existir e de lidar com a falta e com a castração simbólica. Os comentários que trago não esgotam as possibilidades de entendimento nem é esta a intenção. Ao contrário, estou certa de que essas são muito mais amplas, de acordo com a forma como cada um escute esses relatos. Estão longe de poderem responder a todas as possíveis perguntas a respeito das condições das mulheres atendidas, por vários motivos. Em primeiro lugar, pela impossibilidade de um saber completo sobre qualquer assunto, impossibilidade que se torna maior quando esse suposto saber diz respeito aos desejos e causalidades inconscientes do sujeito, ainda que submetido à análise. Em segundo lugar, pelo pouco tempo em que essas mulheres foram acompanhadas. Devido à demora no resultado do exame, geralmente chegavam ao serviço a partir do quinto mês de gestação, algumas no sétimo ou mesmo no oitavo mês. Outro motivo para esse saber não-completo está relacionado ao fato de que os atendimentos tinham um foco específico, como já foi colocado, relacionado à descoberta recente de serem soropositivas, no momento em que vivenciavam uma gravidez ou porque seus bebês, com poucos meses de vida, tinham recebido esse diagnóstico. Por último, como os assuntos de que aqui trato são especificamente a infecção pelo HIV e a maternidade, optei por não analisar outras questões que, mesmo surgindo nos atendimentos e dizendo respeito às estruturas psíquicas das mulheres atendidas, não estivessem diretamente relacionadas à forma como essas mulheres se colocavam diante do vírus HIV, do qual eram portadoras, em sua condição de mães ou de mulheres grávidas. Tanto por questões de

⁸ A transferência é um dos conceitos fundamentais da psicanálise que, como os demais, será explicitado mais adiante. (p. 55 e seguintes) É condição para que se dê a análise e diz respeito à relação estabelecida pelo analisante em relação ao/à analista

preservação do sigilo, como por fugir ao propósito deste trabalho e a suas limitações, não me interessa entrar em detalhes em relação à totalidade do que me foi trazido e pude observar em cada uma das mulheres atendidas, mas apenas realçar aspectos que possam estar relacionados à sua condição de soropositivas para o HIV e à maternidade.

A maneira como foram caminhando os diferentes atendimentos, as intervenções feitas, foram únicas e impossíveis de repetir. Dizem respeito não só à subjetividade de cada mulher que ali chegava em busca de atendimento, à sua história de vida, mas também à relação transferencial que se estabelecia entre a paciente e a analista, caso a caso. Igualmente dizem respeito ao meu desejo de analista⁹, de dar prosseguimento aos atendimentos, criando possibilidades de fala, de forma a tornar possível representar, pela palavra, algo que para essas mulheres, inicialmente permanecia indizível.

A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado (FREUD, 1996 [1913], p. 139).

Portanto, o que aqui foi apresentado dos atendimentos fez-se que está em análise, diz respeito às relações transferenciais estabelecidas pelas pacientes em relação à analista. Uma vez que, entre os atendimentos realizados, foram escolhidos aqueles que mais chamaram a atenção, existe algo da minha subjetividade que, nesse momento, novamente se fez presente.

Em decorrência da singularidade de cada sujeito, a quantidade de pacientes atendidas poderá apontar para uma maior diversidade, sempre inesgotável. Cada caso é único e sempre será; continuaria assim se outros incontáveis casos tivessem sido aqui acrescentados para análise. Na diversidade encontrada entre diversos atendimentos, sempre haverá lugar para mais um, para a diferença, para a singularidade, sendo

⁹ O desejo do analista também é um conceito psicanalítico, que será esclarecido mais adiante (p.58).

possível apenas estabelecer relações entre o que se apresentava e o conjunto teórico.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NA INSTITUIÇÃO

As mulheres, alvo de interesse desta pesquisa, chegaram ao serviço em que foram atendidas por mim através de encaminhamentos de outros serviços (quer públicos ou privados) onde iniciaram o acompanhamento pré-natal, após receberem o resultado positivo para o exame do HIV¹⁰. Ali tinham atendimento integral à saúde e podiam, em um só lugar, dar continuidade ao pré-natal, fazer o tratamento da infecção pelo vírus com todas as medidas preventivas em relação à transmissão vertical, ter assistência por ocasião do parto e acompanhamento de pediatra e infectologista para o bebê após seu nascimento. Algumas delas chegavam ao serviço no início da gravidez, outras já com seis ou sete meses de gestação, nesses casos, às vezes em decorrência da demora do resultado do exame para o vírus. Muitas chegavam bastante fragilizadas e assustadas; grande parte não sabia muito ou quase nada em relação ao vírus HIV, à Aids e ao seu tratamento, limitando-se a repetir o que escutavam a respeito. Repetiam afirmações que traziam uma grande carga de preconceitos e fatalismo, impregnadas de fantasias mórbidas e desprovidas de qualquer conhecimento a respeito do tratamento, da possibilidade de uma sobrevida com qualidade, longa e ativa. Algumas chegavam a cogitar sobre obtenção de aposentadoria por invalidez, acreditando que não iriam mais poder trabalhar. Entre as que pensavam na possibilidade de tentar aposentar-se havia também aquelas, embora poucas, que procuravam obter um benefício através da doença, uma espécie de "contrapartida", tentando eximir-se de assumir obrigações. Outras mulheres trabalhavam como domésticas e diziam ter medo que pudessem infectar as pessoas da casa, pelo manuseio dos alimentos, ou se viessem a se cortar acidentalmente. Consideravam seu sangue "sujo". Havia aquelas que conheciam pessoas (quando não haviam elas próprias, passado por isso) que eram visitas indesejáveis mesmo nas

¹⁰ O tratamento do HIV/Aids é feito exclusivamente pela rede pública de saúde, monitorado e sob orientação de normas elaboradas pelo Ministério de Saúde, que distribui a medicação em uso e kits para realização de exames. Dessa forma, todo paciente que recebe o diagnóstico de soropositivo, obrigatoriamente tem que procurar um ambulatório público especializado para que possa se tratar.

casas de familiares. Com algumas aconteceu que o proprietário da casa em que moravam e os vizinhos não as queriam mais ali.

Depois de algum tempo de atendimento no serviço de saúde, essas mulheres começavam a se sentir mais seguras, não só pelos esclarecimentos recebidos dos profissionais da equipe, como pelo lugar de escuta que lhes fora oferecido. E, ainda, por saberem que contavam com uma equipe de profissionais já conhecidos (dela faziam parte médicos de diversas especialidades - infectologistas, obstetras, pediatras, imunologistas - dentistas, enfermeira, técnica de enfermagem, psicóloga e atendentes administrativos), com os quais criavam vínculos, para assisti-las durante toda a gestação, parto e pós-parto.

Nos primeiros atendimentos as mulheres se encontravam em situação de sofrimento decorrente de intensa angústia. Sentiam-se sozinhas, isoladas por diversos medos que poderiam ser resumidos em dois: o medo da morte próxima e o medo de serem estigmatizadas. No caso das gestantes e mães de bebês com HIV, além desses medos comuns a outros pacientes infectados, havia a incerteza de uma possível transmissão do vírus ao filho que gestavam ou - em alguns casos - o sofrimento e um sentimento de culpa por lhe terem transmitido o vírus. Muitas tinham sido abandonadas pelos companheiros e tinham que lidar com dificuldades que surgiam relacionadas à vivência da sexualidade, devido ao risco de transmitirem o vírus. O medo de contar sobre o diagnóstico a pessoas de sua convivência era recorrente e comum entre elas¹¹. Algumas, inicialmente, não se sentiam em condições de contar ao marido, embora julgassem ser importante essa comunicação. Ficavam, assim, divididas entre o cuidado com o outro e a responsabilização de uma possível transmissão do vírus ao companheiro - uma vez que sua condição era desconhecida - a culpa decorrente disso e o medo de se expor. Em alguns casos, o medo de contar ao parceiro estava relacionado ao medo de se tornar alvo de um ato de violência, já antes anunciado¹².

¹¹ Tonatzin Ribeiro Gonçalves (2006), em sua Dissertação de Mestrado, *Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê*, refere esses mesmos receios e fantasias que pude observar. Ver também, de Fernanda Torres de Carvalho e César Augusto Piccinini (2006), *Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre sentimentos de gestantes*. E ainda, de Edir Nei Teixeira Mandú e Marjoreth Dióz (2006), *Percepções de Grávidas em torno da prevenção da contaminação do HIV e de sua transmissão vertical*.

¹² O companheiro de uma mulher dizia que a mataria se descobrisse que ela tinha "essa doença" ou "se botasse essa doença" nele. Apesar da ameaça, não tomei conhecimento de nenhum caso em que ocorreu violência física, relacionada à descoberta do diagnóstico.

Da parte de muitas delas, surgiam expressões que diziam do medo da morte presentificada por se saberem infectadas, da surpresa e do impacto causado pelo diagnóstico, do preconceito em relação à doença e do seu desejo em relação ao filho que esperavam. No primeiro momento de atendimento a essas gestantes, a escuta se dava na tentativa de identificar o que buscavam ou o que lhes causava sofrimento. Muitas queriam alguns esclarecimentos em relação ao vírus, ao tratamento ou desenvolvimento da doença. Poderem falar livremente sem serem censuradas e sem que fossem feitas valorações dos conteúdos das suas falas, facilitava, desde o primeiro atendimento, a instalação da transferência.

Para assegurar isto, nada precisa ser feito, exceto conceder-lhe tempo. Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico [analista] a uma das imagens das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição (FREUD, 1996 [1913], p. 154).

Nas sessões subsequentes, o tema trazido por elas se deslocava de questões concretas (dúvidas, quando poderiam ter sido infectadas, etc.), para a forma como cada uma se via e se colocava na posição de gestante e portadora do HIV. Associadas a isso, surgiam referências à forma como se davam as relações com o companheiro; fantasias relacionadas a preconceitos e ao exercício da maternidade; sentimentos de culpa; o desejo ou não-desejo de filho; relações com figuras parentais. Falavam de sua vida sexual e muitas reconheciam que, nesse aspecto, não se comportavam de acordo com as normas morais socialmente estabelecidas e com os cuidados de prevenção recomendados pelos médicos. Aqui é importante salientar a diferença e distância existente entre a sexualidade entendida a partir do ponto de vista da psicanálise, que leva o sujeito a comportamentos que muitas vezes o colocam em risco, adotados a partir de motivações inconscientes, e a sexualidade tal como recomendação de prática sexual segura e moralmente bem vista pela sociedade, revestida de normas e preceitos. Embora algumas pessoas possam ter conhecimento a respeito da transmissão do HIV, das consequências e riscos inerentes à prática de alguns comportamentos,

continuam praticando-os, movidas pulsionalmente. A pulsão¹³ não se satisfaz com as normas e impele o sujeito na busca de satisfação. A busca do que traz satisfação varia de um indivíduo para outro, conforme sua história de vida e estrutura psíquica.

Embora possa ser relevante a maneira como se deu a transmissão do vírus que resultou na infecção das mulheres atendidas, isso não era alvo específico de meu interesse (exceto em possíveis casos em que os sujeitos buscaram a doença, o que não se aplica ao presente trabalho), já que não tinha por objetivo estabelecer dados estatísticos nem implementar campanhas de conscientização. O que mais interessava era o discurso dessas mulheres em relação à sua condição, o que suas falas revelavam de sua estrutura psíquica e funcionamento inconsciente, afetando a maneira como reagem e lidavam com a notícia de estarem infectadas. Aqui, especificamente, na situação peculiar de mulheres gestantes ou que haviam tido o filho recentemente, e portadoras do vírus HIV.

Conforme pude observar na prática clínica, as gestantes portadoras do HIV, além dos problemas relacionados à saúde com os quais tinham de lidar, deparavam-se com os preconceitos e fantasias que envolviam a infecção pelo vírus, bem como com questões de dessimetria nas interrelações homem/mulher, associadas à prática da sexualidade e que dizem respeito às relações de gênero. Essas mulheres muitas vezes eram culpabilizadas por terem se infectado com o vírus, a partir do pressuposto de que transgrediram "a boa prática da sexualidade". Elas eram consideradas, por muitos, ameaças à saúde pública, pela sua condição em relação ao vírus; por fim, pela sua condição de gestantes, tendo o vírus, elas se deparavam com o horror que representava o risco de trazer ao mundo uma criança "contaminada", (conforme expressão usada por pacientes atendidas). Esse horror se fazia presente nelas próprias, mas também em outras pessoas que tinham conhecimento de sua condição e a criticavam por isso.

Nas questões que traziam ficava explícita a dessimetria existente entre homens e mulheres, na vivência das relações sexuais e da conjugalidade. Era prevalente o lugar de subordinação de parte dessas mulheres em relação aos companheiros, em um modelo de relações de gênero de poder/submissão. Algumas delas afirmavam que não usavam preservativos nas relações sexuais, mesmo sabendo da importância que

¹³ O conceito de pulsão, na psicanálise, está diretamente relacionado ao de libido, constituindo-se como um impulso interno e irrefreável que busca incessantemente a obtenção de prazer. (Ver adiante, p. 57-58.)

isso tinha para a saúde e apesar dos preservativos serem distribuídos no serviço em que eram atendidas, devido a uma recusa dos seus companheiros, aos quais elas se sentiam subjugadas. Embora se deva levar em conta o desejo delas próprias e suas fantasias, ainda que essa afirmação pudesse ser apenas uma justificativa para não usar o preservativo, essas falas remetem a uma valoração, tida como natural, da mulher submetida à vontade do homem.

Da parte dos homens, alguns pareciam julgar-se imunes à doença. Estes, embora já tivessem se relacionado com várias outras mulheres, se recusassem a usar preservativos e a fazer o exame para HIV; imputavam à companheira a responsabilização exclusiva pela infecção, colocando-a no lugar de agente do mal e estigmatizando-a, destituindo-a de qualquer conteúdo de valor. Havia alguns casos em que a mulher e o companheiro eram soros-discordantes¹⁴ e, mesmo o homem tendo conhecimento da condição da mulher em relação ao vírus, recusava-se a usar preservativo. Esse posicionamento parece apontar para uma fantasia de completude e de onipotência, que implicava numa imunidade imaginária em relação à infecção pelo vírus.

Várias mulheres atendidas por mim afirmavam terem sido infectadas pelos companheiros, outra dificuldade com que elas tinham que lidar¹⁵. Em sua pesquisa sobre práticas da sexualidade, Bozon (2009) constatou que pessoas que tinham relacionamentos estáveis, de forma geral, não faziam uso de preservativos, ainda que no início das relações os utilizassem. No entendimento deste autor, a partir do trabalho mencionado, à medida que a relação vai adquirindo um caráter de estabilidade e que ocorrem os envolvimento afetivos, cada um dos indivíduos que formam o par passa a ter um comportamento de confiança em relação ao outro e adota práticas distintas das adotadas nos relacionamentos eventuais. Nesses casos, parte-se do pressuposto de que exista fidelidade mútua, sem o que, do ponto de vista narcísico, seria difícil manter a relação.

A concepção de um relacionamento afetivo e sexual a partir da visão do amor romântico contribuía para que muitas mulheres não se prevenissem. Mesmo aquelas que tinham conhecimento de que os maridos mantinham relacionamentos extraconjugais, preferiam ignorar o assunto e "supor" que os maridos faziam uso de preservativos nas relações sexuais com as outras mulheres. Acreditavam ser amadas e que,

¹⁴ Nome dado a casais em que um dos parceiros tem o vírus e o outro não tem.

¹⁵ Aqui não estão incluídas mulheres que fossem, ou que, em algum momento de suas vidas, tivessem sido profissionais do sexo. Não ocorreu de haver atendimento a nenhuma mulher dessa posição que estivesse grávida.

portanto, o companheiro faria tudo para protegê-las e evitar expô-las a riscos, deixando, dessa forma, a cargo do homem as decisões que poderiam afetar toda sua vida. Grande parte das mulheres atendidas, principalmente as que consideravam sua relação estável, não conseguia pensar em si como pessoa autônoma e responsável por si própria, mas se apresentava sempre dependente do desejo do homem, especialmente no que dizia respeito à vida sexual, esperando que esse tomasse a iniciativa de cuidar delas.

Esse posicionamento acima está de acordo com o *slogan* de um dos anúncios do Ministério da Saúde utilizados nas campanhas de prevenção à Aids: "Quem ama protege"¹⁶. Por outro lado, passar a fazer uso de preservativos nas relações com o próprio marido era entendido como um consentimento silencioso para que ele se relacione com outras mulheres ou, ainda, o companheiro interpretava isso, conforme as pacientes atendidas mencionavam, como uma intencionalidade da mulher em se relacionar com outros homens. Assim, para grande parte dessas mulheres, parecia difícil encontrar uma saída para a situação que se complicava ainda mais quando descobriam que tinham contraído o vírus.

Inicialmente à procura de atendimento médico, diante do sofrimento psíquico relacionado ao adoecimento e às perdas sofridas, alguns pacientes atendidos em serviços de saúde buscam um espaço de fala, na tentativa de nomear seu sofrimento. Esse se constitui como um espaço privilegiado dentro de instituições normativas e normatizadoras, por possibilitar a essas pessoas expressarem suas subjetividades.

Algumas das gestantes que atendi chegaram a mim através de encaminhamento médico, outras tomaram a iniciativa de me procurar. Mesmo nos casos daquelas que chegaram através de um encaminhamento, após a escuta inicial, muitas optaram por dar continuidade aos atendimentos, embora não houvesse nenhuma obrigatoriedade nesse sentido. Tal decisão dependia apenas de seus desejos. Entre estas, várias foram acompanhadas até o final da gestação. O desejo dessas mulheres de continuarem sendo escutadas era da maior importância no processo e possibilitava, pela fala, o surgimento de associações, de re-elaborações de significados atribuídos à sua condição

¹⁶ A mensagem veiculada no anúncio mencionado se enquadra na linha de raciocínio aqui exposta e incentiva os homens a usarem preservativos com a finalidade de protegerem suas companheiras, dando a entender que eles próprios não precisam se proteger. O referido anúncio foi alvo de comentário da pesquisa realizada por MEYER, Dagmar Estermann *et al* (2004), intitulada "*Mulher sem-vergonha*" e "*traidor responsável*": *problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS*.

de soropositivas e de mudanças nas suas posições subjetivas e no enfrentamento da doença. Passavam a atribuir outro sentido a alguns dos temas abordados, em especial em relação à perspectiva de se tornarem mães, sabendo terem o vírus HIV, e às expectativas relacionadas ao bebê.

Aquelas que chegavam ao serviço em fase inicial da gravidez e eram acompanhadas durante o restante da gestação, podiam chegar ao parto bem mais tranquilas que outras que chegavam ao serviço já próximo do termo. O fato de haver alguém disponível para escutá-las representava um diferencial, quando comparado a outros atendimentos pelos quais passavam, nos quais, muitas vezes, limitavam-se a responder a respeito dos seus sintomas clínicos e a fornecer as informações solicitadas. Naquele espaço de fala oferecido, elas eram levadas a refletir a respeito de sua condição, sentimentos e história de vida, a avaliar seu posicionamento frente ao próprio desejo e suas relações com as demais pessoas. Ali não estavam sendo julgadas e davam vazão à palavra.

O que produzia mudanças não era apenas o conhecimento consciente da forma como se dava o tratamento e seus efeitos, de seu estado de saúde ou dos prognósticos em relação à própria vida e à do filho, mas a possibilidade de fala. A aquisição de um conhecimento não garante que aquele que o adquiriu vá colocá-lo em prática e isso podia ser facilmente observado entre o público atendido nesse espaço de tratamento, especialmente em relação à prevenção. Sobre dados clínicos, quem melhor podia lhes responder eram os médicos e, embora algumas inicialmente me perguntassem a respeito, logo percebiam o diferencial desse espaço e passavam a falar o que elas próprias pensavam e sobre aquilo que as incomodava, questionando-se a respeito.

Em relação a esse diferencial, é interessante mencionar que alguns médicos, ao fazerem um encaminhamento, tinham a expectativa de que eu iria de alguma forma convencer a paciente a aderir ao tratamento, de que eu iria trabalhar com esse objetivo. Mas se passava a existir uma maior adesão ao tratamento após iniciados os atendimentos, ela se dava em decorrência das mudanças de posição subjetiva da paciente e não porque eu tivesse isso como meta. Trabalhando em uma instituição com valores e visão eminentemente médica e organizada a partir dessa visão, causava estranhamento, logo que cheguei, a forma como eu trabalhava¹⁷. Como exemplo, embora batessem na porta da

¹⁷ Isso se dava quando comecei a trabalhar no serviço e perdurou por algum tempo, mas posteriormente esse entendimento mudou.

minha sala quando eu estava atendendo, eu não abria. (Nas salas dos médicos, os funcionários entravam durante os atendimentos para pegar ou levar prontuários.) Ou imaginar que a estagiária de psicologia iria ficar ao meu lado, assistindo aos atendimentos que eu fizesse, conforme a prática médica. Embora sempre procurasse atender qualquer paciente encaminhado, ainda que nos breves intervalos de outros atendimentos, isto era feito de acordo com meus critérios e minhas convicções teóricas, o que não correspondia, muitas vezes, ao que outros profissionais imaginavam que seria. Fui a primeira psicóloga a ser inserida na equipe e foi necessário um tempo para que as pessoas começassem a perceber as diferenças, que afinal, foram bem aceitas. Depois de algum tempo, até os funcionários que tinham a função de recepcionar os pacientes e marcar consultas, já informavam, quando algum deles me procurava, que para falar comigo teria que esperar eu terminar o atendimento, que não podia ser interrompido. Como esses funcionários tinham bastante contato com os pacientes, muitas vezes percebiam suas dificuldades e não era incomum eles próprios direcionarem pacientes para eu atender. Para marcar um atendimento no dia em que minha agenda já estava com a quantidade de pacientes que eu determinava, diziam que primeiro teriam que me perguntar se seria possível. Começou a haver uma compreensão de que a forma de lidar com o tempo, no meu atendimento, era bem diferente daquela estabelecida nos atendimentos médicos.

Considero importantes, para quem trabalha em instituição, essas questões. Ali, o trabalho do psicólogo ou do analista exige uma flexibilização, de forma a poder adequar-se ao espaço institucional sem, no entanto, fugir aos princípios éticos e aos pressupostos teóricos. Uma vez que o atendimento psicológico é um trabalho relativamente novo na área da saúde em instituições, cabe a nós mostrarmos o que e como fazemos, sem que seja necessário entrar em choque com os demais profissionais, mas simplesmente aceitando e mostrando as diferenças. Através disso é que pode surgir um verdadeiro trabalho em equipe, com o reconhecimento e a valorização do trabalho desse profissional que é "diferente".

De forma geral, os atendimentos que eu fazia eram agendados com antecedência, mas não havia um rigor em cumprir o horário marcado. Como os pacientes, em sua maioria, iam ao serviço para também serem atendidos por outros profissionais médicos ou dentistas, em um mesmo dia, ou algumas vezes precisavam coletar material para exame, ou ainda, para receberem a medicação, era necessária uma flexibilidade para que eles pudessem fazer todas essas coisas. Os

médicos e dentistas não atendiam com hora marcada, mas por ordem de chegada e, devido a isso, muitas vezes acontecia que eu fazia uma alteração ou inversão na ordem dos atendimentos, de acordo com o momento e a necessidade. Por exemplo, se só faltava uma pessoa antes do médico chamar aquele paciente que eu também iria atender, após falar com o que estaria na vez, eu chamava outro antes dele, que já estivesse ali, independentemente do horário que estivesse agendado. O mesmo acontecia se o paciente havia se ausentado do local onde ficavam os consultórios para pegar a medicação ou por qualquer outra razão. O horário não ficava reservado à espera da pessoa que havia marcado. Se eles queriam realmente ser atendidos por mim, voltavam depois e esperavam serem chamados.

Havia ainda os casos em que, durante uma consulta, o médico ia me chamar para me apresentar ao paciente e pedir que eu o atendesse. Nessas situações, eu esperava o médico terminar a consulta e dali já levava o paciente para minha sala. Se deixasse para depois, a pessoa, de forma geral, ia embora, achando talvez que iria ouvir mais um "sermão". No entanto, eu lhe dava a palavra o que a levava a dizer o que pensava e achava. Dali em diante, ficava ao seu critério decidir se queria continuar vindo, marcando espontaneamente, ou não. Várias pessoas que chegaram a mim dessa maneira, voltaram para outros atendimentos. Por outro lado, não havia um tempo pré-fixado estabelecido para esses atendimentos imprevistos e, em alguns casos, para os atendimentos iniciais. Isso dependia do nível de angústia, de como cada uma dessas pessoas que me procurava chegava e se colocava. Nisso, esses atendimentos se aproximavam dos que são realizados a pacientes em situação de internação, nos hospitais. Ali estão pessoas que são levadas, pelas circunstâncias, a confrontar-se com a finitude e que se deparam, de forma direta, com a castração e com a quebra de suas idealizações narcísicas. Nas circunstâncias em que se davam os atendimentos ali na instituição, não havia, *a priori*, uma intenção declarada da paciente de retornar, como na situação de consultório (embora isso não seja garantia que, de fato, ela retornará). Dessa forma, às vezes esses atendimentos eram mais demorados, numa tentativa de diminuir um pouco a angústia e de fazer alguma amarração, embora minimamente, no sentido do sujeito implicar-se com suas queixas e com aquilo que lhe causava sofrimento, ao mesmo tempo em que era possível já se estabelecer alguma transferência. Era construída uma demanda de atendimento.

Na prática clínica institucional, é possível e às vezes necessário associar à escuta psicanalítica, a "certa quantidade de análise", um direcionamento à fala do paciente, "a fim de se chegar a um resultado

perceptível em tempo mais curto" (FREUD, 1996 [1912], p. 131). Direcionamento que pode ser dado, por exemplo, por uma pergunta ou pela repetição de uma palavra dita, fazendo-o falar mais a respeito. Isso ocorre não só pelas características da instituição, como pelo tipo de demanda que é trazido. Em sua grande maioria, são demandas que dizem respeito a questões pontuais. Os pacientes que por ali circulam não foram, a princípio, procurar esse tipo de atendimento, mas estavam em busca de atendimento médico, em decorrência de terem sido acometidos por alguma doença orgânica. A condição de adoecimento não se resolve em uma consulta, acarretando um sofrimento psíquico e, de forma geral, é isso que os leva, após iniciado o tratamento médico, a buscarem o atendimento psicológico. Sua doença os faz sofrer e é disso, pelo menos inicialmente, de que querem falar. O que não quer dizer, no entanto, que eles não possam ou não tragam outras questões aos atendimentos. Em sua grande maioria, após algumas sessões já se dão por satisfeitos com o que conseguiram e seguem a vida, dando continuidade ao tratamento médico. Ocorre ainda que, pela grande quantidade de pessoas que circulam nesses espaços e o pequeno número de profissionais da psicologia para atendê-los¹⁸, se houvesse, da parte da maioria, uma demanda de atendimento, seria impossível dar conta da mesma.

Outro diferencial importante nos atendimentos em instituição é a não existência de um pagamento ao analista, pelo analisante. O pagamento e a atribuição de um valor monetário, ao tempo do analista, têm uma importância associada à transferência, à valorização do espaço de tempo que lhe é reservado, que envolve ainda, para o paciente, relações de poder. Segundo Freud (1996 [1913]), quando o paciente paga pela sessão, responsabiliza-se por seu uso, há uma maior valorização do tratamento e as faltas se tornam menos frequentes, diante das resistências que surgem no processo. Na instituição, as faltas frequentes são motivo para que o horário seja disponibilizado a outro paciente, sem que se possa, muitas vezes, trabalhar adequadamente essas ausências, do ponto de vista transferencial. No entanto, apesar

¹⁸ Infelizmente, a quantidade de psicólogos/as contratados pelas instituições é muito reduzida. No serviço de atendimento a pacientes com HIV/Aids onde trabalhei, havia algumas centenas de pacientes em tratamento, enquanto que eu era a única psicóloga. (Aqui me nomeio psicóloga, pois essa é a minha graduação e é a psicólogos que a instituição busca para contratar, independentemente do embasamento teórico com o qual trabalham.) No hospital onde trabalho atualmente, existem apenas duas psicólogas. Sou responsável pela maternidade, que tem aproximadamente 80 leitos, e frequentemente sou chamada para atender pacientes internados por outras clínicas médicas, tais como cardiologia, ortopedia e cirurgia.

dessas diferenças, na minha experiência institucional, algumas vezes apareciam pessoas que buscavam análise e permaneceram sendo acompanhadas por dois anos ou mais. Embora houvesse pacientes que faltavam, havia vários que compareciam assiduamente aos atendimentos, quer fossem mensais ou semanais. Pacientes que moravam em outros municípios e iam ao serviço exclusivamente com essa finalidade e que, para isso, tinham que sair de casa de madrugada.

Todas essas especificidades e questões que atravessam os atendimentos na instituição diferenciam essa prática institucional da prática clínica psicanalítica, no *setting* de consultório. Por essa razão e algumas outras, considero importante ressaltar que não podemos chamar de análise os atendimentos ali realizados, no entanto, foram atendimentos feitos a partir de uma escuta psicanalítica, embasados nos conceitos fundamentais da psicanálise e em seus pressupostos e havia uma transferência instalada. Dessa forma, eu procurava escutar o que pudesse surgir do inconsciente nas falas das mulheres atendidas. Embora esses atendimentos clínicos não se caracterizassem como psicanálise, constituíam-se como psicoterapias analíticas¹⁹.

Para que haja uma análise, deve haver, da parte do sujeito, o desejo de submeter-se a esse processo; uma demanda que se apresenta através de uma queixa; um estranhamento em relação a algo de seu; a implicação com seu sintoma, levando-o a abandonar a posição de vítima. Para isso, é necessário um período de tempo relativamente prolongado, de forma que as resistências do futuro analisante possam ir diminuindo. Isso, de forma geral, não se dá nos atendimentos iniciais. As exigências em relação ao início de uma análise dizem respeito também ao analista, ao seu desejo de dar continuidade aos atendimentos, possibilitando a fala. As pacientes atendidas no serviço de saúde em questão apresentavam uma demanda de serem escutadas, mas não de análise. Foram atendimentos feitos a partir de uma demanda pontual e específica que dizia respeito ao diagnóstico da infecção pelo HIV e a tudo que isso implicava, especialmente à transmissão vertical, o que incluía tanto dados da realidade como suas fantasias a respeito. Deram-

¹⁹ Em *Psicanálise e psicoterapias: qual relação?* Renato Mezan (1998) estabelece a diferença entre a análise e a psicoterapia analítica. Segundo o autor, a partir da escuta, cabe ao analista decidir se uma ou outra seria mais benéfica ao paciente que o procurou, podendo realizar um trabalho psicoterápico, quando julgar adequado. O autor enfatiza que, nessas circunstâncias, o analista continua sendo analista, embora abra mão do *setting* tradicional da análise. Sua escuta, as associações que faz e as intervenções continuam se dando a partir dos conceitos que considera centrais na estruturação psíquica do sujeito, conforme a teoria psicanalítica. (Ver adiante, p. 55.)

se por um curto período de tempo e continuavam apenas até o nascimento da criança, ou até que as mulheres atendidas conseguissem encontrar formas de lidar com a doença como algo que exigia um acompanhamento permanente, mas sobre a qual tinham adquirido um conhecimento e, principalmente, um novo entendimento. Esse novo saber lhes possibilitava encontrar outras formas de lidar com o preconceito, de alimentar a esperança de terem uma vida ativa, por muitos anos, de verem os filhos crescerem, como quaisquer outras pessoas. Essas mulheres não buscavam uma análise, buscavam apenas uma compreensão subjetiva a respeito dessa doença que lhes aparecia como um fantasma. Nesses atendimentos, embora não se tratassem de análises, havia uma escuta psicanalítica e era possível fazer algumas intervenções a partir de um posicionamento psicanalítico, de forma a criar possibilidades de fala, uma fala em nome próprio, onde as mulheres podiam buscar palavras que as representassem, sabendo estarem a salvo de julgamentos e tentativas de normatização. Naquele espaço, pela fala, era possível elas se reorganizarem psiquicamente, ressignificando o que vivenciavam.

Para vir aos atendimentos, parte das pacientes atendidas chegava ao serviço em ônibus disponibilizados pelas Prefeituras dos municípios em que moravam. Esses ônibus transportam as pessoas para cidades onde existem centros de atendimento à saúde com melhores recursos. Para conseguir um lugar, o paciente precisa apresentar o comprovante do agendamento da consulta ou exame, com alguns dias de antecedência, de forma a receber o bilhete para a viagem. Os ônibus saem dos municípios de origem de madrugada (dependendo da distância, no dia ou na noite anterior), de forma a poderem estar na cidade de destino nas primeiras horas da manhã, pois têm que distribuir os viajantes entre vários hospitais e clínicas antes das 06h00min, horário em que começam os atendimentos nos hospitais e ambulatórios públicos. No final da tarde, esses viajantes são recolhidos para retornarem à cidade em que moram.

Dependendo do horário em que a consulta era marcada, ou se a paciente tivesse mais de uma consulta no dia ou exames a fazer, em jejum, recebia um vale para refeição. A maioria das pacientes atendidas pertencia a uma população de baixa renda; algumas não tinham nenhum ganho fixo e viviam de "bicos" e do dinheiro recebido através de programas sociais. Em alguns casos, pacientes que tinham condições de comparecer ao serviço com maior frequência, iam ali exclusivamente para serem atendidas por mim. Esses dados socioeconômicos das mulheres são informados aqui para dar uma ideia da população atendida,

embora o mais importante, para essa pesquisa, fosse o desejo delas de dar continuidade aos atendimentos.

Embora o meio cultural e valores socialmente compartilhados tenham uma grande influência no processo de subjetivação, na psicanálise não se busca um padrão de comportamento, ou uma média, nem tampouco estabelecer comparações entre aqueles atendidos ou entre grupos de pessoas, mas dar lugar à singularidade, para que possa ser expressa pela fala; dar lugar à diferença e, principalmente, tentar levar aquele que está no processo a se implicar com seus sintomas e a responsabilizar-se por suas escolhas.

Algumas das mulheres que atendi, ao receberem o diagnóstico de soropositiva para o vírus, reagiram expressando medo de contar aos companheiros, prevendo que seriam culpabilizadas pela sua condição e temendo serem abandonadas, uma vez que acreditavam que passariam a ser vistas como o vetor do mal, ameaça à saúde do outro. Era comum justificarem seu medo dizendo que, se fossem abandonadas pelos companheiros, ninguém mais iria querê-las, pela sua condição de soropositiva para o HIV. Cientes do preconceito existente em relação à doença e temerosas de se tornarem alvo dele, muitas delas faziam disso um grande segredo - às vezes sob a alegação de que não queriam causar preocupação a seus familiares - sentindo-se seguras para falar sobre o assunto abertamente apenas no espaço de atendimento à saúde. Isso as fazia carregar um peso adicional e vivenciar um sentimento de isolamento e solidão.

Outra forma como se apresentavam os efeitos do preconceito consistia no autopreconceito²⁰, que levava algumas das pessoas atendidas a projetarem atitudes e comportamentos de rejeição. Diante disso, isolavam-se socialmente, movidas imaginariamente pela ideia de que os outros teriam o poder de "adivinhar" seu problema. Ou ainda, num mecanismo de negação, ignoravam o fato de estarem infectadas e não aderiam ao tratamento.

Apesar de haver diferenças entre aquelas mulheres e entre o que cada uma delas trazia pela fala, o medo da doença e da exclusão se constituía um foco específico comum a todas. Cada uma tinha sua forma singular de lidar com o desconhecido, com a ferida narcísica relacionada à ameaça ou à realidade de ter um filho "não-completo" - uma vez

²⁰ Situação em que as próprias pacientes sentiam-se destituídas de valor e se consideravam uma ameaça a outras pessoas. Como exemplo, uma mulher que chegou ao primeiro atendimento dizendo que tinha nojo dela própria e que se considerava suja.

infectado por um vírus para o qual não há cura²¹ - distante do filho imaginário idealizado.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Para esta pesquisa, foram analisados os registros de atendimentos de 19 mulheres. Todas essas mulheres buscaram atendimento espontaneamente, ou optaram por dar continuidade ao processo após um primeiro encontro decorrente de encaminhamento de terceiros. Três dessas mulheres haviam procurado atendimento espontaneamente, mas não retornaram.

Do total de mulheres, 15 ficaram sabendo ter o vírus durante a gestação e, entre estas, sete foram atendidas durante e até o final da gravidez, sendo que uma delas permaneceu em atendimento após o parto. Outras quatro marcaram atendimentos após o parto algumas vezes, em períodos de tempo irregulares e variáveis. A todas as gestantes que foram acompanhadas até o final da gravidez, era disponibilizado também atendimento durante o período de internação por ocasião do nascimento da criança.

A média de atendimentos realizados às mulheres que retornaram após a escuta inicial chegou a 9,5, com o máximo de 18 e o mínimo de quatro sessões. O período de tempo entre o primeiro atendimento a cada uma delas e o último, variou entre 21 e um mês. Uma delas foi atendida 10 vezes no período de um mês, enquanto o filho permaneceu internado; outra foi atendida quatro vezes, durante a gestação, no período de um mês.

Ainda entre as mulheres que tiveram o diagnóstico durante a gestação, oito só foram atendidas após o nascimento dos bebês. Entre os atendimentos selecionados para análise, havia duas mulheres que souberam ter HIV na hora do parto, através do teste rápido. Uma delas havia feito o exame durante o pré-natal, mas não recebera o resultado. Outra mulher que igualmente não recebera o resultado do exame durante a gestação só ficou sabendo ter o vírus depois do nascimento do bebê.

Do total de mulheres, três chegaram ao serviço por problemas de saúde dos bebês, pouco tempo depois de nascidos. Destas, duas só então ficaram sabendo que tinham o vírus. Elas também haviam feito o exame durante o pré-natal, mas não haviam recebido o resultado até o final da

²¹ Nas fantasias dessas mulheres, era a doença e não outra causa que colocava a criança nessa condição de “não-completa”.

gravidez, o que as levou a pensar que fora negativo. Uma delas já sabia ter o vírus desde o momento do parto.

Das 19 mulheres aqui consideradas para discussão, nove foram abandonadas pelo pai da criança logo após este ter tomado conhecimento de que ela havia engravidado, ou quando ficou sabendo que ela era portadora do vírus. Entre as que foram abandonadas, oito delas, até então, consideravam ter uma relação estável. Em relação a esses homens, todos os que foram informados que a mulher tinha HIV se recusaram a fazer o exame, afirmando não ter a doença.

Não tenho dados sobre o percentual de mulheres que foram abandonadas pelos companheiros, dentro do total da população atendida no serviço em que trabalhei. Embora isso fosse bastante comum na população usuária do serviço, o fato de terem sido abandonadas, além de terem tomado conhecimento de que eram portadoras do HIV, possivelmente causava um sofrimento mais intenso e fazia com que essas me procurassem mais do que aquelas que permaneciam com o companheiro ao seu lado. Além de outras coisas, elas ainda teriam que cuidar e dar conta de uma criança, sozinhas. Isso poderia ser a razão de um percentual tão alto, entre as que foram selecionadas para a pesquisa, de mulheres abandonadas pelos pais das crianças. Mas isso é apenas uma conjectura.

O parceiro de uma das mulheres havia se afastado antes dela saber que estava grávida e perderam o contato. Seis pacientes continuaram a ter relacionamento com o pai da criança após o nascimento desta e após o diagnóstico. Apenas esses homens que permaneceram ao lado das mulheres fizeram o exame.

Duas das mulheres não contaram ao pai da criança sobre o vírus. Os relacionamentos já haviam acabado quando descobriram a gravidez e não confiavam neles o suficiente para lhes contar. Apenas uma, entre as que mantinham a relação conjugal, e durante o tempo em que continuou sendo atendida, ainda não tinha contado ao companheiro sobre o vírus, devido ao fato dele ter precisado ausentar-se de casa por um tempo.

As idades das mulheres variavam de 19 a 40 anos e, entre as gestantes, muitas delas estavam vivenciando a primeira gestação. Algumas eram casadas e a maioria tinha parceiro fixo na época em que ocorreu a gravidez, totalizando 15 mulheres nesta condição. Entre o total de mulheres, a maioria já havia tido outros relacionamentos, apenas três delas estavam no seu primeiro relacionamento. Quanto ao nível de escolaridade, entre elas havia analfabetas, muitas que não concluíram o ensino fundamental, algumas que chegaram a concluí-lo, em menor quantidade algumas que concluíram o ensino médio e,

excepcionalmente, dentro da configuração do público usuário do serviço, uma com curso superior. Entre as 19 mulheres, 12 trabalhavam fora de casa antes de ocorrer a gravidez e continuaram trabalhando, uma estava desempregada e seis só trabalhavam em casa e dependiam financeiramente do companheiro ou ex-companheiro.

Gestações de mulheres com HIV são consideradas de alto risco²². Em decorrência, os cuidados do atendimento pré-natal a essas mulheres são mais acentuados do que os realizados em postos de saúde a mulheres com sorologia não reagente. Dessa forma, embora algumas das gestantes que atendi tivessem idade mais avançada, o que também se considera uma gravidez de alto risco, estas eram devidamente assistidas.

As mulheres atendidas pertenciam a uma população de baixa renda e, entre elas, algumas moravam em outros municípios. Estas se deslocavam para a cidade onde faziam o acompanhamento pré-natal, quando gestantes, o acompanhamento ou tratamento do filho e o delas próprias, após o parto. Independentemente da procedência, pelas suas dificuldades financeiras ou para melhor conciliar com seus trabalhos e necessidades, os atendimentos eram feitos por mim nos dias em que elas tinham consulta médica ou exames a realizar agendados e, geralmente, se davam uma vez no mês. Apenas três das mulheres foram atendidas com regularidade e frequência semanal, antes do parto. Se grávidas, quando se aproximavam do final da gravidez, as consultas médicas tornavam-se mais próximas, assim como as sessões.

A diminuição na periodicidade das consultas médicas, no final da gravidez, faz parte dos cuidados do pré-natal. No caso dessas mulheres, com indicação de parto cesáreo, isso era importante na prevenção da transmissão vertical. Era uma tentativa de evitar o parto via vaginal ou o rompimento espontâneo da bolsa d'água²³, o que aumentaria a exposição do bebê e, conseqüentemente, o risco de infecção pelo vírus.

As informações aqui apresentadas em relação aos dados das mulheres atendidas e ao contexto do funcionamento do serviço de saúde

²² Segundo o Manual Técnico de Gestações de Alto Risco do Ministério da Saúde (2010), as gestações em mulheres com alguma doença, ou que tenham sofrido algum agravo ou problema que possa aumentar o perigo, quer para o feto, quer para a mãe, de uma evolução desfavorável da gravidez, são consideradas gestações de alto risco. Entre essas condições de agravo inclui-se a infecção por HIV. Visando minimizar os efeitos negativos dessas condições e a diminuição da mortalidade materna e perinatal, assim como a diminuição da mortalidade infantil, o Ministério da Saúde recomenda procedimentos uniformizados que permitam a melhor identificação desses casos, seguidos de cuidados especiais voltados a essas mulheres e seus bebês, durante a gestação, o parto e o pós-parto.

²³ A bolsa d'água contém líquido amniótico e envolve o bebê no útero, com a finalidade de protegê-lo contra traumas e infecções, além de possibilitar sua movimentação.

dão uma ideia geral das possibilidades e da flexibilidade necessária para que sejam realizados atendimentos institucionais.

3 LUGAR DE FALA, LUGAR DE MUDANÇAS

As pacientes com HIV atendidas, logo após receberem o diagnóstico, estavam tomadas momentaneamente pelo real, algo indizível e fora da possibilidade de simbolização, que causava angústia. No primeiro momento não sabiam como lidar com essa realidade que as tomara de súbito e tinham dificuldade de falar algo a respeito, limitando-se a repetir o que escutavam dizer sobre a Aids. Como muitas expressavam, achavam que *só podia acontecer com os outros*. Havia um desconhecimento quase completo dessas mulheres em relação ao tratamento do HIV e ao desenvolvimento da doença, sabiam apenas que *não tem cura e a pessoa vai se acabando, até morrer*. Todas ignoravam haver diferença entre HIV e Aids e ao receberem o diagnóstico positivo para o vírus, imediatamente imaginavam estar com Aids. Diante da realidade do diagnóstico não conseguiam escapar ao confronto com sua vulnerabilidade e finitude, sua condição de assujeitamento ao Outro, enfim, com a castração, que se apresentava de forma crua. Ao mesmo tempo em que a morte passava a lhes parecer muito próxima, deparavam-se com sua condição de dependência em relação ao desejo do Outro, o que se mostrava através da preocupação de que outras pessoas tomassem conhecimento de sua doença²⁴. Numa tentativa de evitar que outras pessoas soubessem, passavam a construir uma história fictícia que possibilitasse suas idas frequentes a um serviço de saúde, para muitas, distante de casa, sem provocar desconfiças de que outro motivo poderia estar por trás desses constantes afastamentos.

Para tentar lidar com a angústia buscavam um lugar diferenciado de escuta, onde era possível expressarem suas subjetividades. Ali procuravam formas de nomear o sentimento que as invadia, o que era favorecido pela escuta disponibilizada, permitindo uma re-elaboração da maneira como se viam, a atribuição de novos sentidos à sua condição, fazendo com que elas quisessem dar continuidade aos atendimentos. Como toda fala é uma demanda de reconhecimento, ao disponibilizar minha escuta para aquilo que tinham a dizer, sentiam-se reconhecidas na sua singularidade. Ali faziam uso do tempo ao seu modo, escolhiam sobre o que queriam falar, estabeleciam o ritmo, diferentemente do que ocorria quando atendidas por outros profissionais do serviço. Não era atribuída uma valoração ao que faziam ou diziam. Por não me colocar

²⁴ Uma vez que o desejo do sujeito se constitui a partir do desejo e do olhar do Outro, embora não saiba, está sempre assujeitado a esse desejo e em busca de reconhecimento. Os conceitos psicanalíticos que são mencionados nesse Capítulo serão alvo de explicações ao longo da dissertação.

numa posição educativa e normatizadora, ficava demarcada a diferença entre esse espaço de escuta e outros espaços de atendimentos que tinham. Naturalmente havia pacientes - gestantes ou não gestantes, homens ou mulheres - que, com o mesmo médico, tinham uma participação mais ativa na consulta que outros e sentiam-se à vontade para fazer perguntas. Eram diferenças individuais que passavam pelo conceito que cada um tinha a respeito da posição do médico.

As intervenções feitas por mim não eram direcionadas a fazer a paciente confrontar-se com a castração, esta já estava posta, mas a questionar-se sobre sua condição de sujeito castrado e como lidar com ela; sobre sua implicação na forma como se relacionava com outras pessoas, com o lugar que essas lhe atribuíam. Isso terminava por provocar mudanças objetivas nas suas relações, na forma de lidar com a realidade e na maneira de viver. Algumas pediam conselhos, opiniões, demanda que não era atendida, pois esse papel não cabe ao analista. O pedido de resposta indicava a atribuição de um saber ao analista, condição indispensável para o estabelecimento da transferência. Mas embora seja colocado pelo analisante no lugar de "sujeito-suposto-saber", o/a analista não sabe sobre o outro, sobre o que é melhor para ele. Ao mesmo tempo, o fato de manter uma resposta em suspenso faz parte da técnica psicanalítica, pois a resposta à demanda impede que surja o desejo do analisante.

Carlos Augusto Remor e Greici Weinzierl (2008, p. 218) nos lembram que "a maneira de oferecer escuta psicanalítica àqueles que nos procuram como destinatários de certo saber, certamente, não é explicativa, mas sim implicativa, à medida que possamos nos implicar no que nos é demandado". Assim, é importante implicar o analisante com a causa do seu sofrimento. Em busca de resposta para suas questões, ele/ela deve ser levado a se questionar. Essas mulheres eram levadas a falar sobre o que se apresentava, para assim, nomearem seus sentimentos, fazerem escolhas, tomarem decisões, responsabilizando-se por estas e por seus desejos. Ao formularem perguntas eram conduzidas a responderem, elas próprias, dizendo o que pensavam a respeito. Chegavam solicitando uma resposta, mas queriam um lugar de fala, o que pode parecer contraditório. O que fazia com que elas continuassem indo aos atendimentos era a possibilidade de poderem falar, tendo a figura da analista para escutá-las. Dar respostas as faria calarem-se e abandonar os atendimentos.

Algumas dessas mulheres sentiam a necessidade de saber mais a respeito do tratamento ou mesmo de ouvir mais uma vez sobre isso. De forma geral, buscavam informações que já haviam recebido, mas que

solicitavam novamente, como um pedido de esperança, a busca de uma luz no final do túnel, a confirmação de uma condição de possibilidade. Sentiam-se desamparadas. Embora eu lhes desse algumas poucas informações, quando solicitadas, não havia qualquer tentativa de lhes impor um tratamento ou uma mudança de comportamento, eram dados que, cabia a elas decidir como utilizar.

Embora a função do analista ou do psicólogo não seja a de dar informações sobre o estado de saúde, diagnóstico e tratamento do paciente, uma vez inserido numa equipe multidisciplinar voltada ao atendimento de pessoas com HIV, este profissional deve estar em condições de dizer, de uma forma geral, como é feito o tratamento. No entanto, sem opinar ou entrar em detalhes em relação ao estado específico da pessoa ou às variações possíveis de tratamento que o médico possa achar conveniente adotar. E ainda, levando em consideração o tipo de demanda inicial trazida, quando solicitados, em algumas circunstâncias cabiam pequenos esclarecimentos, mas sempre acrescentando que o médico era a pessoa a quem deveriam se dirigir para tirar suas dúvidas e pedir informações. Geralmente as mulheres atendidas perguntavam sobre o uso da medicação, pois relacionadas aos remédios apareciam questões associadas ao medo de que a medicação fosse descoberta por outras pessoas, o que poderia evidenciar sua doença. Muitas delas usavam a estratégia de arrancar os rótulos dos medicamentos. Algumas não queriam usar uma medicação que devia ser mantida na geladeira, para que ninguém visse, e pediam ao médico para trocar por outra.

Entre as mulheres atendidas, algumas tinham a falsa ideia de que em um relacionamento estável não se corre o risco de infecção pelo HIV. A foi casada muitos anos, enviuvou. Posteriormente, teve um relacionamento com outro homem, que não durou muito. Envolveu-se com um terceiro com quem decidiu ir morar e algum tempo depois engravidou, vindo a descobrir, durante o pré-natal, ser portadora do vírus HIV. Logo A passou a atribuir ao seu segundo parceiro - com quem tivera um relacionamento breve - a origem da sua infecção. Após algumas consultas e atendimentos, quando ficou sabendo mais a respeito do vírus, concluiu que não poderia ter sido infectada por ele, pois nas relações com esse homem, sempre usou preservativo. Questionava-se a respeito de como teria se infectado. O pai do bebê fez o exame duas vezes, com resultado inconclusivo. (Um dos exames deu positivo e o segundo, negativo). Finalmente, A lembrou-se que seu primeiro marido havia morrido com uma infecção, mas não sabia muito bem de que se

tratava, o que a levou a concluir que fora infectada pelo primeiro marido.

Em algumas situações em que as gestantes atendidas por mim optavam para que os atendimentos tivessem continuidade, nos casos em que parecia haver sido retirado o investimento libidinal na criança por nascer, essas mulheres eram levadas a falar do seu desejo, de modo que esse pudesse ser reconhecido, quer fosse de querer ou de não querer ter o filho. O desconhecimento sobre o desenvolvimento da doença, sobre o tratamento e seus efeitos, algumas vezes estava relacionado a essa retirada de libido, embora não fosse determinante, nem a única causa possível do desinvestimento libidinal no filho. Os objetos de amor são idealizados e o conhecimento prévio de que esse objeto é inacessível ou não corresponde à idealização feita, produz sofrimento, levando o sujeito a desinvesti-lo e a buscar um objeto substitutivo (FREUD, 1996 [1915]). Uma vez que a retirada da libido fosse resultante do medo de que esse filho não correspondesse àquela criança idealizada por ela, além das consequências em relação ao próprio filho, a mãe poderia desenvolver sentimentos de culpa por rejeitar o bebê, muitas vezes inconscientes. Esses sentimentos de culpa também podem aparecer em outras situações em que o filho, por diferentes motivos, não é desejado. Em meio a uma sociedade em que a maternidade é fortemente valorizada, não desejar o filho é visto e sentido como algo "errado". A rejeição ao filho muitas vezes aparece sob a forma de superproteção. Essa aparece como uma formação reativa ao não-desejo, encobrindo-o, com a finalidade de evitar o sentimento de culpa.

B, gestante com cinco meses, nos primeiros atendimentos não falava a respeito do bebê. Perguntei-lhe o que pensava dele, como o imaginava. Sua resposta foi: *Não penso nada*. Dizia ter sido bom haver engravidado, embora não houvesse planejado isso, *porque assim descobri que tinha o vírus e pude começar a me tratar. Senão, quando descobrisse, não ia mais ter jeito*. Essa sua fala revelava o medo da doença. Por medo do preconceito, antecipava uma rejeição da parte das demais pessoas e não queria dizer a ninguém o seu segredo, tendo que arcar com as consequências de seu silêncio. *Sinto-memuito só*. Ao mesmo tempo em que via um aspecto positivo no diagnóstico, pensando em si, não falava sobre a criança que esperava. Pela ameaça de vir a nascer doente, essa criança não correspondia a um ideal de filho almejado. As decisões em relação aos preparativos para sua chegada eram delegadas a terceiros. Embora não se recusasse a seguir as recomendações referentes a cuidados e providências necessárias ao nascimento e à saúde do bebê, não conseguia ter qualquer iniciativa em

relação ao filho que esperava, estava paralisada. Isso não me surpreendia. Continuei questionando-a a respeito do bebê em outras ocasiões: como achava que seria a criança, em que condições imaginava que ela iria nascer, se já havia escolhido um nome. Respondia apenas, *quero que nasça com saúde, sem o vírus*. Um dia, ao chegar, colocou a bolsa em cima da mesa, em vez de deixá-la no colo, como fazia sempre. A barriga já estava aparecendo, dava para qualquer pessoa perceber que ela estava grávida. Começou a alisar a barriga, enquanto falava; com a outra mão, prendia a blusa na parte lateral do corpo, para não escondê-la por baixo da roupa folgada, para que a saliência ficasse mais evidente. *Está muito pequena, queria que estivesse maior para todo mundo ver que estou grávida*. Queria que as pessoas, ao vê-la, reconhecessem nela uma gestante, queria que a criança se desenvolvesse, atribuía-lhe um valor fálico. Queria mostrar a mim, suabarriga, sua potência fálica. A partir daí, passou a falar frequentemente do bebê, de forma espontânea. Falava de como imaginava que seria fisicamente, dos atributos que achava que teria. Começou a pensar também em questões objetivas: como seria cuidar de uma criança, a melhor forma de conciliar sua condição de mãe com o trabalho; período de licença-maternidade; finais de semana; todo tipo de assuntos relacionados.

Saber da possibilidade de ter um bebê sadio, desde que fizesse uso do antirretroviral na gestação, em alguns casos, poderia fazer a diferença, tanto em relação à adesão ao tratamento, como em relação à mobilização das defesas narcísicas. Por outro lado, a "certeza" de que o filho nasceria com o vírus, em alguns casos, poderia levar ao abandono do pré-natal e do investimento libidinal na criança. Nesses casos, as gestantes chegavam com uma convicção: *"Ele [o bebê] vai morrer mesmo..."* As intervenções preventivas, entretanto, não estavam voltadas a informar dados estatísticos ou prognósticos, mas a questionar o desejo da mulher, desvinculada de qualquer intenção ou finalidade de mostrar-lhe que o desejo e amor pela criança faziam parte de suas obrigações e deveriam, necessariamente, ser incluídos na sua vida. Antes, faziam a paciente em atendimento questionar-se sobre o seu desejo. Na realidade, era uma tentativa de evitar que o bebê fosse desinvestido libidinalmente por questões imaginárias, relacionadas à infecção pelo HIV, ou de outra ordem. Possibilitava à mulher um espaço para se questionar se queria aquele filhote sentir-se à vontade e segura para responder a essa pergunta, ainda que a resposta fosse "não quero".

C ficou sabendo ter o vírus no momento do parto. Após a alta da maternidade não procurou atendimento e a criança não tomou os medicamentos em casa, durante os 40 primeiros dias pós-nascimento,

como deveria, e pouco tempo depois precisou ser internada. Sobre a medicação, a mãe dizia: *Deram lá, na maternidade, mas não deram para ele tomar em casa...* Procurava justificar não ter dado o remédio, mas essa mãe acreditava que não haveria como evitar a morte do bebê e com isso afastou-se emocionalmente da criança, parando também de cuidar da própria saúde. Não seguia o tratamento e pouco tempo depois o bebê foi internado novamente, bastante debilitado. Foi nesse segundo internamento que tomei conhecimento do fato e passei a atendê-la na enfermaria em que estava a criança. Algumas vezes ela deixava o bebê sozinho no berço e saía do hospital; para ela era difícil investir naquele filho. A criança apresentava um atraso no desenvolvimento, tanto pelo seu estado de saúde, como, possivelmente, pela falta de erotização do corpo, pela ausência do desejo de uma cuidadora, em relação a ele. Com nove meses, não sorria e praticamente não chorava. Não emitia balbucios, estava sempre muito quieta e parada, limitando-se a acompanhar os movimentos das pessoas, com os olhos. Pela própria doença, talvez sentisse alguma dor, mas era sempre muito quieta. A mãe não conseguia conversar com a criança, pegava nela para alimentá-la e cuidar da sua higiene de forma mecânica. Apesar da dificuldade e resistência que apresentava, consegui fazer com que ela comesse a falar de si e das circunstâncias do nascimento do filho. Era seu segundo filho e sempre falava do primeiro de forma carinhosa. Perguntei o que o mais velho dizia do bebê. *Sabe que está doente, e diz que quer que eu volte logo para casa. Quanto ao companheiro, tive medo que a família do pai dele soubesse... Não iam mais querer que ele ficasse comigo.* Seu receio se concretizou, foi abandonada. *Sempre sonhei ter uma família, meu marido, meus filhos... Agora não posso mais ter isso...* Tinha raiva, sentia-se desvalorizada e injustiçada. A pediatra do ambulatório (onde as pessoas com HIV eram atendidas) ia ver o bebê frequentemente, na enfermaria, e falava à mãe sobre a importância do tratamento. Ao mesmo tempo, esta foi podendo falar comigo sobre o que pensava da doença, dos seus medos, das suas dores. *Eu achava que não ia ter jeito... Não adiantava...* Começou a ver outras crianças e pessoas que eram atendidas no serviço e a notar que estavam bem de saúde. À medida que a mulher foi falando de sua história de vida, começou a interagir com a criança, a colocá-la no braço, a acariciá-la, e esta começou a apresentar melhoras, tanto na saúde como no desenvolvimento, e a ficar mais ativa. A mãe falava de sua infância, dos seus pais, do seu relacionamento amoroso, dos medos da doença, da importância que dava a uma família... Depois, começou a se interrogar sobre o futuro e a colocar-se numa posição ativa, começando a se ver capaz de mudar o rumo das

coisas. *Será que eu vou poder ver meus filhos crescerem? Vou ter que trabalhar para poder criar eles.* Foram 10 atendimentos no período de um mês de internação. Após a alta, a mãe passou a comparecer às consultas, dela e da criança. Com um ano de idade, a criança ainda apresentava um pouco de atraso no desenvolvimento em relação a outras crianças da mesma idade, mas já não era tão acentuado. Voltei a atendê-la seis meses depois. Com um ano e meio, a criança já estava andando, a mãe tinha voltado a trabalhar e falava, espontaneamente, de seus projetos de vida e dos avanços do filho.

D dizia ter engravidado *por acaso... Nunca tinha pensado em ter filhos.* No entanto, após falar mais a respeito, ficou claro que praticamente provocou a gravidez. *Acho que eu queria saber se poderia engravidar.* Talvez a dúvida dela não fosse, propriamente, em relação a sua condição física de poder engravidar, mas queria assegurar-se de que poderia assumir o lugar de mãe. Sua própria mãe estava sempre reafirmando essa sua suposta incapacidade. Durante parte da gravidez, era a avó da criança que tomava todas as decisões e iniciativas em relação ao bebê. Entre outras coisas, ela decidia sobre a melhor forma de fazer o pré-natal. Por seu lado, a filha submetia-se passivamente e deixava que a mãe ocupasse estelugar, *para ela não se preocupar.* Quando falava algo a respeito do bebê, era se reportando ao que sua mãe dizia e eu lhe perguntava o que ela própria achava. Seu silêncio em relação ao bebê era a forma que encontrava de tentar fugir da ameaça de uma realidade indesejada. E o que dizer do bebê, se nem sabia se poderia ser sua mãe? *Não sei como vou ser mãe, não consigo me ver assim.* Era um alerta de que poderia ter dificuldades em assumir a maternidade. A partir do que ela ia trazendo, eu procurava fazê-la falar mais, perguntava-lhe o que pensava a respeito. Perguntas sobre o que ela imaginava a respeito da criança e sobre sua condição de mãe. Após alguns atendimentos, a gestante passou a falar de como as interferências da mãe a estavam incomodando e começou a procurar cortá-las. Passou a decidir algumas coisas que diziam respeito ao bebê, com o pai da criança. *Minha mãe fica falando que sou muito fraca, muito magra, não vou poder cuidar do bebê. Disse a ela que não estou fraca nem doente, vou poder cuidar dele.* Começou a cortar as intromissões da sua mãe, que diziam respeito à sua relação com o pai da criança. Conforme o combinado entre os dois, ela escolheria o nome, caso fosse menina, mas, prontamente, a mãe dela escolheu um nome, o que ela inicialmente acatou. Depois de algum tempo, quando as mudanças já haviam começado, ela própria escolheu outro nome. *Se for uma menina, acho que vou botar o outro também [o nome que a avó da criança havia*

escolhido], acho bonito, mas o nome que escolhi vai vir na frente. Não sei ainda, mas primeiro o que eu escolhi. Disse o significado do nome que escolhera, significado que indicava o lugar e importância que a criança tinha para ela. Passou a falar na criança de forma espontânea, das suas fantasias em relação ao filho e dos seus projetos. Sabia que haveria mudanças inevitáveis de vida, mas já esperadas, após o parto. Haveria problemas relacionados à própria mãe, pois a avó da criança queria colocar-se como se fosse mãe. Após o parto, ela fazia questão de cuidar pessoalmente do bebê e começou a colocar sua mãe no devido lugar, de avó. Cada vez que esta reclamava, a mãe do bebê reafirmava seu próprio lugar: *Eu sou a mãe e posso cuidar, estou bem, você é que não precisa fazer isso.* Passou a se reconhecer e a se afirmar no papel de mãe.

Mas nem sempre as coisas corriam na direção de um maior investimento libidinal na criança, de modo que levasse a mãe a fazer a maternagem. Poderia acontecer que de fato a mulher não desejasse o filho e, ainda assim, poderia igualmente expressar seu desejo, o que pensava em relação a isso, e das possibilidades diante da situação. Uma das soluções encontradas, nesses casos, é a entrega da criança para adoção.

E engravidou inesperadamente, não queria ser mãe. *Essa gravidez estragou minha vida, precisei deixar tudo. Além de engravidar, peguei o vírus. Sei que foi com ele [o pai do bebê].* Rejeitava o bebê. *Não comprei nada para meu bebê, nada. Não tinha vontade de comprar nada nem de fazer nada.* Após seu nascimento, começou a se sentir culpada por a criança ter um problema de saúde (que não tinha relação com o HIV) e por não a ter desejado. Não conseguia se afastar da criança para nada, apesar de se queixar dela constantemente. Foi quando iniciou os atendimentos. Sentia-se angustiada sem conseguir identificar o motivo de sua angústia e reclamava da criança. *É muito chorona... É chata, não consigo fazer mais nada, ela não deixa.* Perguntei-lhe de quem dependia a decisão de ela própria afastar-se da criança por alguns instantes; se as escolhas eram feitas pela criança; se ela própria se sentia autorizada a deixar a criança no berço, quando estivesse bem; se ela própria conseguia ficar longe da criança. A primeira vez que deixou a criança com alguém de sua confiança, imaginava que ela nem ia comer nem dormir e desapontou-se ao saber que passou o dia bem. Começou a pensar que o problema estava nela própria. Aos poucos, foi identificando o que a angustiava. *Não consigo sentir prazer nisso. É uma obrigação, um peso...* Mais um tempo e chegou dizendo: *Ela não é chata... Eu é que me sinto em uma prisão. Tenho raiva porque perdi*

minha vida, as coisas de que gostava, minha liberdade, tudo...Ela não tem culpa. E eu lhe perguntei se existia, então, uma culpa, quem era culpado? Começou a falar de como se sentia culpada por não ter desejado a criança, por não ter feito nada para ela. Foi desconstruindo uma história criada de que tinha se apaixonado pela criança desde o primeiro momento em que a viu.

Poder admitir que não desejara a criança e que isso estava relacionado à sua dificuldade para cuidar dela, fez com que se sentisse melhor e a partir daí começou a buscar alternativas possíveis para a situação. Queria que a criança ficasse bem, pensava nela, mas não queria continuar vivendo como estava. Depois de um tempo, chegou falando: *Preciso voltar a ser mulher, trabalhar, fazer outras coisas, ter um tempo pra mim...Não posso ficar só sendo mãe, se continuar assim, vou enlouquecer.* Estava em dúvida entre querer ser mãe ou não, mas de toda forma, deu-se conta de que o filho não a completava e parou de sentir-se culpada. Foi falando das possibilidades em que pensou, entre elas a de entregar a criança para outras pessoas criarem, mas não tinha certeza se queria isso. Para ela, essa decisão tinha que ser mais bem pensada, o mais urgente era recomeçar a trabalhar.

F achava que tinha sido infectada pelo pai da criança, mas foram surgindo outras lembranças. Passou a falar de um homem com quem se relacionara, depois de engravidar, mas antes de saber que tinha o vírus. Ficou em dúvida se poderia ter passado o vírus para ele ou se teria sido o contrário. Essa segunda possibilidade aliviava sua culpa; angustiava-se ao pensar que além da possibilidade de transmitir o vírus ao filho pudesse ter infectado outra pessoa. Já se conheciam antes de ficarem juntos, e ela sentia-se, de certa forma, responsável por ele. Eram muitas dúvidas relacionadas à representação do vírus, ficava dividida entre as diversas possibilidades. Tinha que lhe contar *para ele poder cuidar-se...* O filho teria chegado juntamente com o vírus? (O que tirava a gravidez da condição de um bem, acima de qualquer outra coisa). Ou, ao contrário, ela se infectou depois? Qual seria a reação de um homem que demonstrou interesse por ela, mesmo sabendo que ela estava grávida de outro, ao saber disso? Como ele passaria a olhá-la, sabendo que ela tinha HIV? Ela teria um valor intrínseco, independentemente da sua condição? Para a psicanálise, as diferentes possibilidades não são excludentes; todas poderiam estar presentes no que se apresentava. Tinha medo de como ele reagiria, mas resolveu correr o risco, achou que tinha que alertá-lo. Achava que era a forma mais correta de agir, embora fosse difícil dizer-lhe isso, para que ele fizesse o exame. De certa forma, isso a redimia. Para contar-lhe sobre o vírus, me pediu para trazê-lo em

um dia em que seria atendida por mim. Queria fazer sua confissão na minha presença, sentia-se mais segura dessa forma, o que mostrava a transferência instalada. Concordei, mas com ela sabendo que ela própria teria que falar. Fez isso e ele reagiu dizendo estar decepcionado com ela. Inicialmente parecia ter se sentido traído, o que foi esclarecido. Então, passou a falar como se o fato de ter o vírus dissesse algo do comportamento moral da pessoa, ou melhor, de uma mulher. Ele fez o exame, que deu negativo, o que a deixou muito aliviada, apesar de também ter se decepcionado com sua reação.

Fazer um julgamento moral em relação a uma mulher, pelo fato de saber que ela está infectada pelo HIV, é bastante comum. A questão está relacionada a razões culturais, que independem do conhecimento sobre as possíveis formas de transmissão. Esse julgamento moral se estende a outras situações, associadas à prática sexual da mulher em acordo/desacordo com as normas, e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Em circunstâncias diferentes, uma mulher relatou que a médica lhe dissera que ela estava *com doença de mulher de rua*. Esta foi a única forma, segundo essa mulher, como a médica nomeou o que ela tinha. Não disse o nome da doença, mas qualificou-a, relacionando-a a um determinado tipo de comportamento da mulher, de valoração negativa. Quer esta fala tenha surgido realmente da médica ou se da fantasia da mulher em atendimento, de qualquer forma mostra a relação estabelecida entre a vivência da sexualidade e a valoração moral.

Nesses atendimentos a mulheres com HIV, não havia uma proposta de "cura" nem eram estabelecidas metas e objetivos a alcançar, pois na psicanálise, essa previsão está fora de possibilidade. Era um espaço de fala no qual cada mulher era levada a se questionar sobre seu desejo e as mudanças que aconteciam se davam de acordo com a singularidade de cada uma, pela repetição. A repetição através da fala, na psicanálise, possibilita o surgimento do novo, oportunizando assim que sentidos fixos a que inicialmente estavam presas, fossem abandonados. O eu atribui sentidos, sob influência da cultura e das práticas sociais e a eles se prende; as palavras associadas à doença produzem sentidos que são tidos como únicos e verdadeiros. "A questão do sentido é fundamental na cultura, nas relações pessoais. Contudo, na clínica, já desde os ensinamentos iniciais de Freud, é necessário pensar em uma maneira de intervenção que possa quebrar essa ligação fixa entre o som e o sentido" (REMOR e WEINZIERL, 2008, p. 225). No trabalho analítico se busca fazer abandonar os sentidos pré-estabelecidos, através das intervenções.

Presa ao sentido atribuído pelo meio social, **G** chegou ao primeiro atendimento dizendo: *Estou com autopreconceito... Sinto-me suja, com nojo de mim mesma.* Não importava que os outros não soubessem, ela sabia, não tinha como ignorar. Mostrava que o preconceito não se originava apenas do outro. Tinha uma hipótese a respeito de como e quando teria sido contaminada pelo vírus, e argumentava para justificá-la. Atribuía a alguém com quem se relacionara, sem que se tivessem estabelecido vínculos afetivos, a origem do mal. Uma pessoa com quem ela própria não tinha afinidades, uma história comum. O mal se originava do "estrangeiro". Embora já tivesse tido outros relacionamentos, alguns, na época, considerados estáveis, atribuía a essa pessoa que a engravidara, a causa da sua infecção. Via em seu afastamento um argumento para sustentar sua hipótese, embora existissem muitas outras causas possíveis para que isso tivesse ocorrido. Esse homem demonstrava claramente que não queria assumir o relacionamento nem qualquer responsabilidade com o filho que estava por nascer. Um dia em que ela estava com horário marcado para ser atendida por mim, aconteceu que me atrasei, mas ela ficou esperando, na porta da minha sala. Logo que me viu, ela me perguntou: *A senhora esqueceu-se de mim?* Mostrava a transferência instalada, teve medo de ser mais uma vez abandonada. **G** pode elaborar o que pensava em relação ao vírus e passou a se ver de outra maneira. Pouco antes do nascimento do bebê, ela estava bem tranquila e feliz. Tinha se aproximado de outro homem, que demonstrava interesse por ela e pelo bebê. Estava começando a pensar em lhe contar sobre o HIV.

Entre as pacientes atendidas, todas tinham medo que outras pessoas soubessem que elas estavam infectadas pelo vírus. Da mesma forma, inicialmente, todas tinham medo que seus companheiros as abandonassem e achavam que nenhum outro homem iria querê-las, sabendo de sua condição. Havia mulheres que foram contaminadas pelo próprio companheiro. Entre essas, algumas supunham que o companheiro não sabia anteriormente, outras diziam ter razões para acreditar que ele já sabia, embora não pudessem comprovar, e um deles, depois foi confirmado, sabia ter o vírus anteriormente ao início do relacionamento, mas não contara à mulher e nem fizera nada para evitar contaminá-la.

O marido de uma das mulheres mantinha um relacionamento extraconjugal com outra pessoa, fato do qual ela tinha conhecimento. Infectada pelo marido, ao tomar conhecimento, perguntou-lhe: *Como é que você fez isso comigo?* E ele respondeu que já tinha deixado a outra mulher. Dessa forma, o assunto foi dado por encerrado. Esta mulher

veio adois atendimentos, não mais retornando. Ela não conseguia se implicar no que lhe acontecera, e dessa forma, não tinha motivos para continuar vindo. A resposta do marido a deixou (temporariamente) satisfeita.

H iniciara a relação com o pai da criança há pouco tempo, quando engravidou, mas ele recebeu bem a notícia de que teria um filho e procurou dar assistência e se fazer presente. *Agora tenho que usar preservativo, mas não sei como vou justificar isso. Ele vai desconfiar.* Pelo que conhecia de sua história, achava que ele não tinha o vírus. Preocupava-se com a saúde do seu companheiro, mas tinha medo de lhe contar sobre o diagnóstico. *Tenho medo da reação dele, não sei como vai reagir... Pode ser que fique agressivo.* Só quem sabia do diagnóstico eram seus pais e durante algum tempo quis que eles estivessem presentes na hora que fosse contar ao companheiro, pois se sentiria mais segura. Várias vezes, nas sessões, falou a respeito disso. Depois de algum tempo de dúvidas e insegurança, decidiu que isso era assunto dos dois e resolveu contar, num momento em que estavam sozinhos, conversando. Ele se manteve calmo e concordou em fazer o exame. Pediu para ela não comentar com outras pessoas, achava que era um assunto que só dizia respeito aos dois. *Foi melhor ter falado com ele quando estava sozinha.*

Da mesma forma, **I** também pensava em convocar pessoas da família para contar ao marido sobre o diagnóstico, com medo que ele reagisse com violência, o que também não aconteceu. Como **H**, ela mudou de ideia a esse respeito e contou ao marido num momento em que estavam a sós.

A fantasia de que poderiam ser vítimas de violência diante da situação, parecia estar relacionada ao lugar em que elas próprias se colocavam e à forma como se viam, por se saberem portadoras do HIV. As ameaças eram casos isolados e essas mulheres ameaçadas mantiveram segredo sobre a infecção pelo vírus. Ainda assim, não atendi nenhuma mulher que tenha sofrido violência física relacionada à descoberta de que estivesse com o vírus do HIV. O que ocorria, frequentemente, era serem abandonadas após a revelação do diagnóstico. No entanto, era recorrente, nas falas das mulheres, a expressão de medo de serem vítimas de violência, sem causas externas que justificassem isso.

No que diz respeito ao exercício da maternidade, o que mais as angustiava era o fato de não poderem amamentar. **J** trazia questões referentes à amamentação e que também diziam respeito ao vírus. Colocava a amamentação como algo indispensável ao exercício da

maternidade. O leite materno, alimento natural e mais indicado para um bebê em condições normais, no seu caso, era *contaminado* e impróprio, o que a tornava uma ameaça ao próprio filho e a incapacitava de exercer a maternidade adequadamente. *Como vou poder ser boa mãe sem amamentar?* Tinha a fantasia de que o bebê não ia olhar para ela, nem ia (re)conhecê-la, pois só *quando mama o bebê fica olhando para o rosto da mãe*. Aliado a essa condição de ser uma ameaça ao próprio filho e excluída da possibilidade de exercer uma atribuição considerada prazerosa e ao mesmo tempo tida como essencial no exercício da maternidade, havia o medo de ser criticada. Após algum tempo, ela passou a falar de outra forma. *Quando botar ele no braço, vou conversar com ele e vai ficar me olhando, mesmo que não seja para mamar no peito*.

Relacionado ao fato de não poder amamentar, havia ainda o medo de que outras pessoas descobrissem a causa de estarem impedidas de fazê-lo. **K** preocupava-se com isso. *Vão ficar me olhando na maternidade, perguntando por que não dou de mamar ao meu filho*. E sobre essa questão, dizia ainda: *E quando eu voltar para casa, ela²⁵ vai ficar me vigiando o tempo todo, vai ficar me perguntando por que não dou de mamar e vai saber que tenho essa doença*. Tentando dissipar as suspeitas, justificava a mudança de local do acompanhamento pré-natal, dizendo que sua gestação era de risco. De fato era, por ser portadora do vírus HIV, mas ela alegava serem outros os motivos. Algumas mulheres na mesma condição diziam ter hipertensão, diabetes gestacional, ou mesmo um mioma. Após o parto, logo **K** encontrou uma forma de dizer que não tinha leite, o que justificou pelo uso da medicação prescrita para tratar da doença fictícia que a levou a fazer pré-natal longe de casa.

L sentia-se culpada porque, logo ao nascer, o bebê teria que tomar remédio. Nas suas fantasias, ele já ia nascer doente, com uma doença transmitida por ela. Durante muito tempo falou a esse respeito, até poder ver essa questão como uma medida preventiva e não como uma condenação. O remédio passou a ser visto como mais uma espécie de vacina, entre outras que o bebê deveria tomar e disse: *Já estou fazendo todo tratamento para meu filho não nascer com o vírus. Isso é só um cuidado a mais para ter mais segurança e vai me deixar mais tranquila*.

²⁵ A gestante referia-se a pessoa com quem tinha aproximação e que, segundo dizia, desconfiava que ela tivesse o vírus. A suspeita se dava, segundo ela, pelo fato de não fazer o pré-natal no Posto de Saúde próximo de sua casa e era reforçada pela sua recusa em aceitar que a outra a acompanhasse nas idas ao médico.

A forma como cada mulher vivenciava o período de dúvida em relação à transmissão do vírus à criança variava muito, mas aquelas que foram acompanhadas durante a gestação, mesmo com um número reduzido de atendimentos, conseguiam lidar melhor com essa dúvida, por ocasião do parto. O que motivava algumas a continuarem buscando atendimento, após o nascimento da criança, estava mais relacionado a conflitos conjugais ou familiares que surgiram após o diagnóstico, do que à possibilidade, ainda em aberto, de haverem transmitido o vírus à criança.

Os conflitos familiares estavam relacionados ao preconceito de que eram alvo, mas a partir disso, nos atendimentos surgiam muitas outras coisas que diziam respeito às relações infantis com as figuras parentais e fratrias. As dificuldades nas relações, que pareciam adormecidas ou eram ignoradas, decorrentes de sentimentos ambivalentes existentes anteriormente, sentimentos de ódio, ciúme e inveja entre irmãos, desencadeavam às vezes conflitos de grandes proporções. Saber da condição de soropositiva da mulher era o motivo que justificava o distanciamento das pessoas, mas os sentimentos agressivos e as rivalidades no núcleo familiar eram que levavam à revelação do diagnóstico, por parte de familiares, a estranhos e vizinhos, e até à quebra das relações e a proibição, extensiva ao bebê, de que a mulher infectada continuasse frequentando a casa dos parentes.

Sobre isso, **M** dizia: *Ninguém da minha família sabia, mas uma pessoa da maternidade disse a minha irmã e quando acordei a maternidade inteira já estava sabendo. Depois, ela contou aos vizinhos. Quanto a N, foi expulsa de casa. Meu pai e meus irmãos não querem mais que eu fique lá. Não querem nem que dê um prato de comida a meu filho.* Na verdade, havia outros motivos por trás desses comportamentos, anteriores à doença, que apenas era usada como justificativa para agredir e escorraçar o outro.

A situação de **O** não era muito diferente. Apesar de ter uma relação estável e se considerar casada, tinha medo de contar ao marido. *Medo que ele me acuse de ter infectado ele e me agrida... Quem tem essa doença, sei que vai morrer. Tenho medo que ele me deixe e nunca mais vou ter ninguém para cuidar de mim. Ninguém vai me querer com isso.* Algumas vezes pensava em não contar, mas a ideia a fazia sentir-se culpada. Também sentia medo de que suas omissão intencional fosse descoberta. *Se não contar é pior. Um dia ele vai terminar descobrindo... Vai dizer que menti para ele, vai se sentir enganado e vai me deixar.* Parecia que o seu maior medo era o de ser abandonada. A ideia era insuportável, mas de uma forma ou de outra, achava que isso

aconteceria. Queria que pessoas da sua família estivessem presentes na hora de contar ao marido, mas depois resolveu fazer isso quando estavam sozinhos. Posteriormente, **O** passou a suspeitar de que o marido já tinha o vírus antes de conhecê-la, o que justificava, dizendo ter sabido algumas coisas da vida dele. Sua fala poderia corresponder à realidade, mas, ao mesmo tempo, podia ser também uma forma de se colocar em condições de igualdade e eliminar a "diferença" que daria o motivo para que ele a abandonasse.

A ideia de que outras pessoas pudessem ter algo que **P** não tinha, para ela era inaceitável (ou de que ela tinha algo a mais, mas que a estigmatizava). *Eu queria que ele contaminasse muita gente... Se eu pudesse, fazia isso. Assim não ia ser só eu e ninguém ia poder me olhar com desprezo.* Por não aceitar sua condição de faltante, uma vez que não havia como tornar-se completa, recorria à fantasia de tirar das outras pessoas, consideradas normais, algo de que não mais dispunha. Outras mulheres, segundo seu desejo, deveriam ser destituídas daquilo que lhe faltava, deveriam sofrer um "rebaixamento" na sua condição, de forma que pudessem se equiparar a ela própria. Essa fantasia estava relacionada não apenas à *falta de saúde*, mas dizia respeito à sua constituição psíquica. Havia questões relacionadas à sua falta constitutiva, com que tinha dificuldades de lidar. Não conseguia lidar com as perdas; idealizava objetos de desejo completos em sua perfeição e, uma vez que se apresentassem faltosos, já não mais serviam e eram desvalorizados.

A forma como se referia ao saber médico era um exemplo disso. *De que adianta estudar tanto e não descobrir a cura? Para mim, só vou achar que adianta estudar quando descobrirem a cura dessa doença.* Médicos que não sabiam como lhe restituir a saúde, não serviam *para nada*. Ao mesmo tempo em que destituía de valor o saber médico, por não poder atender à sua demanda de cura, mostrava estar sempre demandando do outro uma resposta para sua questão. Não se implicava com a causa de seu sofrimento, nem parecia querer buscar ela própria uma saída. Transferencialmente, ela também me colocava nesse lugar. Demandava atenção constante e queria ser consolada, colocando-se como vítima. *Acho que psicólogo é para consolar as pessoas, para a gente não ficar achando que não tem jeito... Sei que estou condenada a morrer...* Perguntei-lhe, então, que jeito poderia haver. Reafirmei que ela tinha o vírus, não existindo cura para a infecção, e que os outros não tinham como resolver. Isso a levou a pensar no que ela própria poderia fazer a respeito.

Conforme Freud (1996 [1913]), é comum o paciente afirmar já ter dito coisas que não disse, mas só pensou. Sob efeito da censura, silenciou, mas transferencialmente pede ao analista uma resposta sobre aquilo que não perguntou. **P**, na sua transferência, às vezes se queixava, zangada, que eu não lhe dava atenção suficiente, em relação a coisas que não havia falado. E afirmava: *Eu já disse isso à senhora.*

Com relação a outra paciente, **Q**, havia uma pessoa em quem confiava e com quem tinha uma boa relação. *Acho que desconfia. Ofereceu-se para conversar, quando eu quisesse, estava me achando estranha, mas tenho medo de contar.* Não consegui conversar com esta pessoa a respeito do assunto e guardava para si seu segredo. *Eu me sinto desamparada... Rejeitada por todos... Sem saída.* Mas havia muitos outros medos. *Não sei se vou ver meu filho crescer, se ele vai nascer sadio. Tenho medo de morrer... Medo de vir a gostar novamente de alguém e não poder ter uma vida normal.*

Chorando muito, **R** permitiu-se dizer: *Tenho até medo de rejeitar o bebê, estou passando por tudo isso por causa dele, mas ele não tem culpa.* Perguntei de quem era a culpa e a partir daí ela começou a falar sobre suas relações com os diversos familiares e com as pessoas que foram importantes na sua vida. Com o decorrer dos atendimentos, pode re-elaborar algumas questões referentes à sua condição de soropositiva, mas se manteve isolada. Procurava manter-se distante das pessoas, a uma distância que lhe parecesse segura.

No reverso da medalha, em relação ao que era visto pelos seus familiares como um estigma (GOFFMAN, 2012), ou seja, a condição de estar infectada pelo HIV, **S** queixava-se da forma como eles a tratavam. *Interferem demais, ficam dizendo o que tenho que fazer até em relação ao meu filho, mas sou eu que tenho que resolver. Eles me tratam como uma coitada, uma incapaz.* Perguntei-lhe então se ela tinha alguma participação nisso, se havia algo que pudesse fazer para tentar mudar a situação. Ficou calada. Não respondeu de imediato, mas na sessão seguinte começou a falar de outras possibilidades.

Esses recortes de fala dão uma ideia das situações vivenciadas por essas mulheres, dos medos e sofrimentos por que passavam, das lutas que tinham que empreender para enfrentar o diagnóstico e seguir com o tratamento, tentando conciliar sua condição de mães com a de soropositivas. Muitos outros recortes poderiam ser trazidos aqui, recortes que dizem do medo e do desamparo de mulheres que, graças à possibilidade de terem um lugar de fala, puderam dar outros sentidos ao que vivenciavam e conseguiram, de alguma forma, buscar recursos

próprios para enfrentar a realidade e lidar com a curiosidade das pessoas à sua volta.

4 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS PSICANALÍTICOS

A psicanálise está voltada a estudar a forma como os desejos recalcados (para que não cheguem ao consciente) e, portanto, desconhecidos do "eu", se objetivam. Tem por conceitos fundamentais o inconsciente, a repetição, a transferência e a pulsão, possuindo métodos próprios de investigação e pesquisa, estabelecidos por Freud. Embora o termo "inconsciente" não tenha sido inventado por Freud, coube a ele atribuir-lhe um sentido próprio à psicanálise, relacionando o conceito de inconsciente, bem como o de transferência, tanto à disciplina por ele criada como ao processo de análise.

Freud (1996 [1905]) relacionou o inconsciente à sexualidade, sendo esta fundamental para a psicanálise. Regido pela sexualidade, o inconsciente é constituído a partir dos desejos recalcados. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1996 [1905]), Freud introduziu um conceito de sexualidade que extravasa a genitalidade, não instintual, mas pulsional, e que se apresenta desde os primeiros tempos da infância, divergindo da concepção compartilhada na época pelos meios científicos e pela sociedade em geral. Conforme essa concepção, a sexualidade estava restrita à atividade genital e presente exclusivamente após a puberdade²⁶. Era considerada instintual e pré-programada, estabelecendo uma dependência e vinculação direta ao sexo anatômico, com a finalidade exclusiva de procriação e preservação da espécie.

Freud (1996 [1905]), e em toda sua obra, colocou-se contrariamente a essa ideia, afirmando que a sexualidade está presente em todo o corpo erogenizado e os desejos sexuais infantis recalcados, impossíveis de realizar, produzem um efeito no psiquismo, dando origem aos conteúdos inconscientes. "[...]as considerações nas quais se baseou nossa teoria da sexualidade de há muito nos habituou à ideia de que certas partes do corpo - as zonas erógenas - podem atuar como substitutos dos órgãos genitais" (FREUD, 1996 [1914], p. 91). Com isso, ele contestava a ideia da inocência infantil e trazia um novo entendimento do conceito de sexualidade.

É muito possível que me contestem dizendo que nada disto é sexualidade e que emprego a palavra num sentido mais extenso do que estão habituados

²⁶ No capítulo 5, *Psicanálise, sexualidade e maternidade*, será retomada a questão da sexualidade e sua constituição, assim como sua importância para a psicanálise.

a fazer. Concordo. Mas pode-se perguntar se não têm antes utilizado os presentes o vocábulo num sentido nímio restrito, quando o limitam ao terreno da procriação. [...] Qualquer que seja a opinião dos presentes sobre o emprego do termo, devem ter sempre em conta que o psicanalista considera a sexualidade naquele sentido amplo a que o conduziu a apreciação da sexualidade infantil (FREUD, 1996 [1910], p. 57).

Dessa forma, falar do inconsciente, conforme conceito psicanalítico, remete à sexualidade e aos desejos sexuais.

O inconsciente freudiano, formado a partir do recalque, ao mesmo tempo em que é interno ao sujeito, é imune a qualquer forma de dominação pretendida pelo eu, por uma instância consciente. Constitui-se como uma instância atemporal, que não possui outra lógica senão a coerência da estrutura de uma linguagem; não se rege pelo princípio da não-contradição nem pelo de causa e efeito. Sua realidade psíquica tem valor de verdade para o sujeito, em detrimento da realidade externa (FREUD, 1996 [1915b]). O recalque constitutivo do inconsciente consiste na substituição do desejo pela mãe, barrado pela proibição ao incesto, por objetos de satisfação substitutivos; ou seja, na aceitação da lei do incesto²⁷. Para Lacan, a proibição ao incesto é determinada e transmitida pela linguagem, o que o levou a afirmar que "o inconsciente é estruturado como uma linguagem" (LACAN, 1985 [1972-1973]).

Ao dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, Lacan não afirmou que o inconsciente é estruturado da mesma forma como o inglês, digamos, ou qualquer outra língua antiga ou moderna, mas que a linguagem, da forma como opera a nível do inconsciente, obedece a um tipo de gramática, ou seja, a um conjunto de regras que comandam a transformação e o deslizamento que existe dentro dela (FINK, 1998, p. 25-26).

Dessa forma, falar do inconsciente, conforme conceito psicanalítico, remete à sexualidade e aos desejos sexuais.

²⁷ A lei do incesto está presente em todas as culturas, embora esta possa se apresentar com variações em relação ao objeto proibido. Para mais detalhes a respeito ver Freud (1996 [1913b]), *Totem e tabu*. Ver ainda, de Claude Lévi-Strauss (2003), *As estruturas elementares do parentesco*.

O inconsciente freudiano, formado a partir do recalque, ao mesmo tempo em que é interno ao sujeito, é imune a qualquer forma de dominação pretendida pelo eu, por uma instância consciente. Constituiu-se como uma instância atemporal, que não possui outra lógica senão a coerência da estrutura de uma linguagem; não se rege pelo princípio da não-contradição nem pelo de causa e efeito. Sua realidade psíquica tem valor de verdade para o sujeito, em detrimento da realidade externa (FREUD, 1996 [1915b]). O recalque constitutivo do inconsciente consiste na substituição do desejo pela mãe, barrado pela proibição ao incesto, por objetos de satisfação substitutivos; ou seja, na aceitação da lei do incesto²⁸. Para Lacan, a proibição ao incesto é determinada e transmitida pela linguagem, o que o levou a afirmar que "o inconsciente é estruturado como uma linguagem" (LACAN, 1985 [1972-1973]).

[A psicanálise] possui um método clínico, que na *História do movimento psicanalítico* (1914) Freud caracterizou por quatro elementos: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência. Estes quatro elementos são essenciais para que um trabalho clínico possa ser chamado de psicanálise, e, se uma forma qualquer de trabalho clínico não os emprega, não deve ser chamada de psicanálise. É para toda esta vasta gama de procedimentos que julgo adequado utilizar a designação de "psicoterapias" (MEZAN, 1998, p. 317).

A distinção entre o sujeito da razão ou do enunciado e o sujeito do inconsciente ou da enunciação tem repercussões também na pesquisa em psicanálise. Só foi possível o surgimento do sujeito da psicanálise a partir do sujeito da ciência moderna. No entanto, enquanto esta exclui o sujeito do campo discursivo na crença de que o conhecimento só pode ser construído a partir do distanciamento e do esvaziamento de todos os atributos pessoais do sujeito-pesquisador, de suas identificações, a psicanálise o reintroduz no campo discursivo, colocando-o como centro da pesquisa (ELIA, 2000). Enquanto que a ciência moderna silencia o sujeito, a psicanálise o faz falar.

Foi no acompanhamento do caso de Anna O., feito por Joseph Breuer, que foram observados os primeiros indícios da existência da

²⁸ A lei do incesto está presente em todas as culturas, embora esta possa se apresentar com variações em relação ao objeto proibido. Para mais detalhes a respeito ver Freud (1996 [1913b]), *Totem e tabu*. Ver ainda, de Claude Lévi-Strauss (2003), *As estruturas elementares do parentesco*.

transferência²⁹ do paciente em relação ao analista, embora, “examinando-o de perto, o comentário que acompanha esse relato ainda seja muito pouco teórico” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 767). Só mais tarde Freud descobriu sua importância para o tratamento da neurose³⁰, através da prática psicanalítica.

Por meio da transferência, os desejos infantis inconscientes do analisante são voltados à pessoa do analista, que é colocado na posição dos seus diferentes objetos de desejo. Assim, o analisante volta ao analista seu amor transferencial, que assume um caráter de repetição. A transferência constitui-se condição para que a análise possa acontecer. A esse respeito e reafirmando a importância atribuída por Freud à transferência no processo de análise, Lacan, em seu Seminário 11, de 1964, incluiu a transferência como um dos conceitos fundamentais da psicanálise, “ao lado do inconsciente, da repetição e da pulsão” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 769).

A função e a importância da transferência, no processo de análise, não foram de início entendidas por Freud. No caso Dora, ao se dar conta de que esta lhe voltava sentimentos amorosos, recusou-se a colocar-se como objeto de amor, criando uma resistência ao processo de análise, que mais tarde Freud chamou de contratransferência³¹. Isso desencadeou uma transferência negativa por parte da analisante, que se manifestou como resistência ao tratamento. Só posteriormente ele veio a entender a importância da transferência amorosa como parte importante no processo analítico, que favorece que o paciente atualize e reconheça seus sentimentos amorosos e sexuais em relação às figuras parentais.

²⁹ Por meio da transferência, aquele que procura o analista lhe atribui um saber sobre si e sobre a causa de seu sofrimento psíquico, colocando-o no lugar de “sujeito-suposto-saber”. Assim se torna possível a atualização dos desejos inconscientes. O analista, no entanto, precisa ter bastante claro que não deve instituir-se no lugar do saber que lhe é atribuído pelo outro, para que possa dar lugar ao surgimento do desejo. Cabe ressaltar que não é tarefa fácil manter-se nessa posição e não é suficiente nomear-se psicanalista para consegui-lo. Daí a importância da análise pessoal na formação do analista, em conjunto com a análise de controle, o estudo e a produção teórica. Expor-se apresentando a própria produção aos pares exige a aceitação da condição de não-todo-saber.

³⁰ Condição estrutural de funcionamento psíquico em que a satisfação dos desejos recalcados se dá pela produção de sintomas substitutivos dos desejos originais e a eles associados pelo inconsciente. Conforme já colocado na Introdução e em outras partes ao longo deste trabalho, os desejos recalcados se manifestam através dos lapsos de linguagem, atos falhos, sonhos, sintomas e associações livres.

³¹ Embora a tenha percebido e nomeado, Freud não chegou a desenvolver satisfatoriamente o conceito de contratransferência. Outros analistas após ele, especialmente Ferenczi e os analistas ingleses, voltaram à questão. Finalmente, Lacan retomou o assunto, considerando a contratransferência como “efeitos da transferência que atingem o desejo do analista” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 134).

Uma vez que, pela transferência, o analista é colocado no lugar das figuras parentais, a transferência tanto pode surgir na forma de sentimentos amorosos como agressivos ou mistos, que atualizam, estes últimos, os sentimentos infantis de hostilidade e ambivalência do analisante em relação aos pais (ROUDINESCO e PLON, 1998). Esses sentimentos, portanto, não são voltados propriamente à pessoa do analista, mas ao lugar que este ocupa e têm sua importância no processo de análise, sendo importante o trabalho de análise pessoal do analista para que ele possa lidar com a transferência do analisante, sem que seja levado por ela. Não se recusar a ser colocado no lugar de objeto de amor por parte do paciente, no entanto, não significa corresponder a essa demanda de amor e retribuir-lhe, mas antes, "respeitar a regra da abstinência, não apenas por razões éticas, mas, sobretudo para que o objetivo da análise" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 768) possa ter continuidade.

Conforme Roudinesco e Plon (1998), para Lacan, o que alguns chamam de contratransferência é parte da própria transferência do analisante. No que diz respeito ao analista, à forma como ele responde a isso, permanecendo no lugar de analista, ou seja, "numa posição terceira que torna a relação analítica irreduzível a uma relação dual" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 134), ele nomeia de "desejo do analista", que é o que possibilita o andamento e continuidade da análise. O analista, movido pelo "desejo de analista" deve colocar-se no lugar do objeto inacessível de desejo do analisante³², mantendo assim o seu desejo. Segundo Pierre Kaufmann,

O termo contratransferência não convém, portanto, para designar a especificidade da função do analista; aquele proposto por Lacan, "desejo do analista", é preferível. Tanto mais que no uso desse "contra" há algo que repousa na compreensão, e o analista deve permanecer capaz de tomar distância de sua compreensão. É na medida em que ... "não sabe o que deseja esse sujeito com o qual embarcou na aventura analítica, que o analista está em condições de ter em si, desse desejo, o objeto" (KAUFMANN, 1996, p. 97).

³² Objeto "causa de desejo" denominado por Lacan de *objeto a*.

Através do manejo da transferência, o analista deve levar o analisante a confrontar-se com seu desejo, carregado de conotação sexual, simbolizando-o pela fala, para que a compulsão à repetição seja abandonada. A repetição se dá pela tentativa de mudança de situações de fracasso na obtenção do prazer, em que os desejos infantis foram recalçados. Situações que deixaram marcas, e que se repetem numa atualização de desejos não satisfeitos. Essa atualização é atuada na relação com o analista, na esfera da transferência (FREUD, 1920) e embora a repetição não seja uma reprodução idêntica da situação desejada, representa uma busca inatingível da mesma.

Sabemos que, para Lacan, o gozo encontra sua origem na busca, tão repetitiva quanto inútil, do momento de satisfação de uma necessidade, que só se constitui no só-depois da resposta que lhe foi dada. [...] Esse encontro só pode ser simbolizado, esvaziado ou domesticado através da fala, e sua repetição traduz a busca dessa simbolização. Isso porque, se esta permite escapar à lembrança do trauma, ela só pode consumir-se ao revivê-lo ininterruptamente, como um pesadelo, na fantasia ou no sonho (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 658).

Freud (1996 [1915]) relacionou o conceito de pulsão ao da representação psíquica de fontes de excitação endossomática que se revestem dos afetos e atuam sobre o corpo; representantes de traços mnêmicos inconscientes que buscam permanentemente descarregar as excitações sob a forma de satisfação de desejos. Ainda segundo Freud (1996 [1915]), a pulsão encontra-se na fronteira entre o psíquico e o somático, articulando-os, e não tem objeto próprio de satisfação, podendo este se constituir numa grande variabilidade, num deslizar de objeto a objeto. A pulsão é parcial, se inscreve em uma área do corpo, buscando satisfação. Enquanto na ordem da natureza um determinado objeto - e apenas um - satisfaz a necessidade e o instinto, a pulsão não tem um objeto pré-determinado que a possa satisfazer. Dessa forma, a satisfação da pulsão é sempre parcial, acarretando que o sujeito está sempre trocando seu objeto de desejo, numa busca incessante e inatingível do objeto completo que possa propiciar a satisfação plena (FREUD, 1996 [1915]). Conforme Kaufmann (1996, p. 468), esse objeto é "indiferente em si mesmo, mas subjetivamente e historicamente determinado", uma vez que está relacionado às representações e à

constituição psíquica do sujeito. O objeto de desejo é, portanto, sempre substitutivo. A partir da noção de pulsão e da relação estabelecida por Freud entre psiquismo e sexualidade, estabelece-se a distinção entre o ser falante e o animal. Para o humano, a sexualidade está relacionada ao simbólico e objetos substitutivos, utilizados na tentativa de satisfazer a pulsão, afastando-se do instintual.

A psicanálise constitui-se como um conjunto de conhecimentos teóricos, mas ao mesmo tempo como uma prática clínica, com um método estabelecido por Freud. A partir da clínica, Freud construiu os conceitos teóricos fundamentais da psicanálise, constructo que lhe é próprio. O método psicanalítico consiste na livre associação, por parte do analisante, que deve falar tudo que lhe vier à mente, por mais absurdo ou sem sentido que seus pensamentos possam parecer, procurando não exercer nenhuma censura sobre eles. Esse procedimento está embasado no pressuposto da transferência analítica que faz com que apareça o sujeito da enunciação na fala do analisante e no conceito de atenção flutuante do analista, próprio à psicanálise.

Conforme Cássio Eduardo Miranda (20--)³³ "a regra fundamental da associação livre permanece como a única condição imposta ao analisante na direção do tratamento, o que vem apontar para a vocação da Psicanálise: tudo ocorre dentro e pela linguagem." Dessa forma, há uma inibição da ação, que é favorecida pela posição deitada do analisante.

Da parte do analista, para a prática clínica é exigida a atenção flutuante, de forma que ele possa escutar o que é falado pelo analisante sem prender-se a pressupostos. Mas ao mesmo tempo atento às associações que surgem pela fala, abstando-se de dar sua opinião sobre o que o analisante diz, de colocar-se como modelo para ele e de fazer colocações a partir de suas próprias crenças e valores. De forma coerente e adequada ao objeto de investigação - o inconsciente - a atenção flutuante constitui a forma de escuta clínica adequada à psicanálise. Pela atenção flutuante, o analista não se prende a um relato específico ou à sua veracidade, não parte de pressupostos tidos como verdadeiros, "interditando, por exemplo, que uma hipótese conceitual prévia à escuta venha a ser colocada à prova experimental, [...] um saber previamente estabelecido, a ser verificado ou refutado" (ELIA, 2000, p. 24).

³³ *A clínica da criança e a supervisão em psicanálise: avanços e impasses*. Ano da publicação não disponível no site em que foi acessado o artigo. (www.unilestemg.br/revistaonline/volumes/01/.../artigo_08.doc). Acessado em 24.06.12.

Podem parecer fácil, para os leigos, limitar-se a escutar sem emitir opiniões pessoais, mas é uma posição extremamente difícil e, muitas vezes, principalmente para os iniciantes, somos tentados a opinar a partir do que pensamos ou do que acreditamos saber sobre o analisante. Se o analisante coloca o analista no lugar de "sujeito-suposto-saber", no entanto este deve ter em mente que o próprio analisante é quem tem que "descobrir suas verdades". O analista não pode colocar-se na posição de detentor do saber, pois seu papel não é pedagógico, educativo, nem moralizante. O lugar a ser ocupado pelo analista, não é o de direcionar o sujeito ou esclarecer verdades, mas "ao contrário, manter uma posição de desejo enigmático, vir a servir como objeto na fantasia do sujeito a fim de causar uma reconfiguração da fantasia" (FINK, 1998, p. 12). Isso resulta em mais um diferencial da psicanálise, em relação a outras abordagens psicoterápicas. Quanto à técnica da psicanálise, a posição do analisante deitado no divã ao mesmo tempo em que o analista coloca-se fora de seu campo de visão, como já foi mencionado, tem uma finalidade. Esse posicionamento de um e outro faz o analisante evocar sua condição de falta³⁴ e seu eu constituído imaginariamente, contribuindo para a "reconfiguração da fantasia", ao mesmo tempo em que favorece que este fale livremente, sem ter sua atenção desviada.

[...] é sempre no ponto focal do imaginário onde essa forma [o eu] se produz que o sujeito tende ingenuamente a concentrar seu discurso, a partir do momento em que é livrado, pela condição da regra, de qualquer ameaça de impugnação a seu respeito. É justamente na pregnância visual que essa forma imaginária conserva de suas origens que está a razão de uma condição que, por mais crucial que a sintamos nas variações da técnica, raramente é tirada a limpo: a que requer que o analista ocupe na sessão um lugar que o torne invisível para o sujeito: a imagem narcísica, com efeito, só faz produzir-se mais pura com isso, e o campo fica mais livre para o proteísmo regressivo de suas seduções (LACAN, 1998b [1955], p. 348).

Essa condição é facilitadora ao processo de análise, no entanto, não é indispensável para que se dê um trabalho psicanalítico. O trabalho

³⁴ Condição constitutiva de "não-todo-saber" e "não-todo-poder".

do analista, em instituição, foge ao modelo estabelecido por Freud e é necessário buscar formas de atender, dentro dos princípios da psicanálise, adequando-se porém, às circunstâncias. Ali não é utilizado divã e os atendimentos são feitos face a face. Os pacientes em situação de internamento ou doentes, muitas vezes passando por sofrimento intenso, vivenciando perdas reais que os remetem à castração, encontram-se fragilizados, impotentes diante da realidade que se apresenta e em condição de completo desamparo. Não é o momento propício para uma análise e provavelmente lhes seria insuportável o atendimento com o analista fora de seu campo de visão. Não suportariam a ausência do olhar do outro, que sustenta o que lhes resta do narcisismo necessário³⁵. Em relação ao analista, considero que o atendimento face a face exige um esforço maior para não deixar transparecer, em sua expressão fisionômica, indícios de qualquer avaliação em relação ao que é falado pelo analisante. Esforço que nem sempre alcança êxito, pois diz respeito não só ao seu próprio narcisismo, como a um controle sobre si, enquanto atividade intelectual. Em relação ao atendimento face a face, Mezan (1998) afirma:

De fato, ela é *mais* complicada, e não *menos*, do que uma análise tradicional, porque o analista não pode dispor das suas condições ideais de trabalho, e em especial do tempo necessário para se abandonar às suas próprias associações, sem ser incomodado pela vigilância do paciente olhando para ele: a atenção flutuante - ingrediente fundamental do método clássico - se vê muito prejudicada pelas condições alteradas do *setting* (MEZAN, 1998, p. 325).

No processo de análise, embora Freud (1996 [1913]) visse vantagens na utilização do divã e insistisse nisso, ele apontava, ao lado

³⁵ Por imagem narcísica e narcisismo entende-se, a partir da psicanálise, o amor por si mesmo e o ideal de eu imaginariamente atribuído a si. O narcisismo é importante no processo de constituição subjetiva e fundamental nos primeiros anos de infância. A construção da imagem apaixonada imaginariamente construída de si se dá a partir do olhar dos primeiros cuidadores e da antecipação que esses fazem, em relação à criança, de atributos supostos desejados. A partir desse narcisismo inicial - narcisismo primário - a criança passa a se diferenciar do outro e a se relacionar com o mundo exterior e, posteriormente, volta seu amor a objetos do mundo externo, de acordo com as identificações inconscientes que vão se estabelecendo durante sua história de vida. No entanto, parte do narcisismo inicial permanece por toda a vida, na forma de amor e admiração por si. Isso tem sua importância na forma como o sujeito irá se relacionar com as demais pessoas e na autopreservação.

de razões técnicas, uma razão de ordem pessoal para essa forma de trabalhar.

Não posso suportar ser encarado durante oito horas (ou mais) por dia. Visto que, enquanto estou escutando o paciente, também me entrego à corrente de meus pensamentos inconscientes; não desejo que minhas expressões faciais deem ao paciente material para interpretação ou influenciem-no no que me conta. Em geral, o paciente encara essa posição como um incômodo e rebela-se contra ela, especialmente se a pulsão de olhar (escopofilia) desempenhar papel importante em sua neurose. Insisto nesse procedimento, contudo, pois seu propósito e resultado são impedir que a transferência se misture imperceptivelmente às associações do paciente, isolar a transferência e permitir-lhe que apareça, no devido tempo, nitidamente definida como resistência (FREUD, 1996 [1913], p. 149).

Isso, no entanto, não evita de todo as suposições feitas, da parte do analisante, em relação aos pensamentos do analista, já que esses se dão pelo imaginário, em decorrência da transferência estabelecida. Cabe ao analista fazer o manejo da transferência para que comecem a cair as fantasias do analisante em relação à sua pessoa.

Para que uma análise aconteça, existem condições necessárias que dizem respeito à organização psíquica do sujeito e ao seu desejo. Quanto ao sujeito, que este seja capaz de utilizar-se da linguagem, construir metáforas, estabelecer associações livres e uma relação transferencial³⁶, colocando o analista no lugar de "sujeito-suposto-saber". Ou seja, que tenha ultrapassado a fase inicial do desenvolvimento psíquico em que a libido é voltada ao próprio sujeito - autoerotismo - e este busca e obtém satisfação a partir do próprio corpo. O sujeito deve estar voltado ao mundo externo, nele buscando objetos de satisfação, nos quais investe sua libido. O sujeito analisável deve estar em condições de dominar sua relação com o real (LACAN, 2003)

³⁶ Através da relação transferencial estabelecida com o analista, o analisante atualiza seus desejos em relação a outras figuras, em especial, às figuras parentais. Para que aconteça a transferência é necessário que o sujeito atribua ao outro um saber o qual busca, colocando-o no lugar de "sujeito-suposto saber". Na análise, esse saber suposto diz respeito ao lugar que o analista ocupa, independentemente da sua pessoa.

de forma que, embora este possa se apresentar, o funcionamento psíquico se dê e o sujeito estabeleça suas relações predominantemente a partir do simbólico, fazendo uso do imaginário, mas sem que seja arrastado por ele. Isso implica suportar a ausência do olhar do outro.

No entanto, essa estrutura necessária não é suficiente para que se dê uma análise. É necessário ainda que o sujeito deseje submeter-se ao processo e traga uma demanda apresentada em forma de queixa, com a qual se implica; que traga um sintoma que lhe causa incômodo, visto com estranhamento. Para que se dê um processo de análise, cabe ao sujeito falar de si, procurando não se prender à coerência do que diz, mas livremente, dizendo o que lhe vier à cabeça. No processo de análise, ao analista cabe oferecer sua escuta, possibilitando a fala do analisante. A sucessão de pensamentos relacionados entre si é resultado da associação livre.

O sujeito da psicanálise é destituído de qualidades e atributos já dados *a priori* e a psicanálise está voltada a investigar sua estrutura desejante, a forma como ele se posiciona frente ao seu desejo e na sua relação com o Outro. Sob essa perspectiva, cada sujeito é único e na sua singularidade estabelece suas relações e constrói sua subjetividade a partir de sua história de vida, não no seu aspecto cronológico e material, mas especialmente a partir das suas identificações inconscientes. Portanto, a psicanálise não se coloca em posição de predizer o rumo da história de cada indivíduo a partir do contexto que o cerca, bem como não busca estabelecer relações de causa/efeito, mas antes, levar o sujeito a perscrutar seu desejo, advertido de suas incoerências e ambivalências. "O sujeito do inconsciente não é, em si, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco - e aí se situa talvez o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana - homem ou mulher" ³⁷ (ELIA, 2000, p. 26). Essa distinção confere à psicanálise o estatuto de um campo de saber e de construção de conhecimento que lhe são próprios. Saber este em permanente construção, a partir da escuta clínica, em que cada caso é único e onde surgem desejos inconscientes do sujeito; sua maneira de se colocar frente ao Outro e de buscar satisfações; suas fantasias, como fala de si e de que forma se implica nos seus sintomas e

³⁷ Esta condição de "homem ou mulher" mencionada não diz respeito ao sexo do indivíduo, mas à forma como se constitui sua sexualidade, que, para a psicanálise, independe do sexo biológico.

queixas, ou seja, como se coloca diante da incompletude constitutiva, da castração³⁸.

Em decorrência da sua alienação ao Outro, o discurso do eu e seus valores - ainda que este acredite ser independente na sua forma de pensar e nas suas escolhas - remetem ao discurso do Outro. Essa ilusão de independência do eu é uma das formas como se apresenta a falta e a divisão a que o sujeito está submetido: o eu pensa ser o que não é.

Para Lacan, o eu se distingue, como núcleo da instância imaginária, na fase chamada de estágio do espelho. A criança se reconhece em sua própria imagem, caucionada nesse movimento pela presença e pelo olhar do outro (a mãe ou um substituto) que a identifica, que a reconhece simultaneamente nessa imagem. [...] o sujeito, que não sabe o que é, acredita ser aquele eu [*moi*] a quem vê no espelho. Trata-se de um engodo, é claro... (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 212).

Conforme estabelecido por Freud, a prática da psicanálise se dá através da fala, tendo por pressuposto o conceito de inconsciente e a visão de sujeito cindido, que detém um saber não sabido sobre si. Por sujeito cindido entende-se que o que se passa na consciência não constitui a totalidade ou a verdade sobre o eu, mas apenas uma construção imaginária, a partir de valores morais internalizados e uma visão narcísica de si. No entanto, essa fala de que se utiliza a prática psicanalítica não tem um objetivo comunicacional, mas antes, buscar conteúdos e desejos inconscientes que, por serem proibidos ou indesejáveis, não condizentes com o eu suposto e almejado, são retirados da consciência. A cisão do sujeito da psicanálise está ainda relacionada ao fato de sua subjetividade se constituir a partir de fora, pelas marcas de satisfação que o outro deixa impressas em seu corpo. "Enfim, o sujeito não é causa de si mesmo, pois o dentro se constitui pelo fora, a interioridade pela exterioridade" (BIRMAN, 1997, p. 33). Segundo este autor, podemos dizer que existe "uma subjetividade dialógica", que se apresenta como uma unidade constituída pelo sujeito. Esse processo dialógico entre interioridade e exterioridade leva ainda o sujeito a desejar movido por um dentro, representado pelas pulsões, mas

³⁸ A castração é um conceito psicanalítico que está associado à condição constitutiva de falta do humano, condição de "não-todo-poder", em torno do qual se estrutura a organização psíquica do sujeito. A castração simbólica refere-se à aceitação da interdição ao incesto.

subordinado a um fora, representado pelo Outro, pelas normas sociais. Para Birman (1997, p. 33), "seria esse contraponto que marcaria os destinos do sujeito entre os polos do *dentro* e do *fora*, entre a *interioridade* e a *exterioridade*, indicando a dialética fundamental de produção e de reprodução do sujeito entre as pulsões [sic] e o outro"³⁹.

Na prática da psicanálise busca-se fazer o sujeito dar-se conta de seu desejo inconsciente e implicar-se com ele. Esse posicionamento teórico tem consequências éticas em relação ao lugar a ser ocupado pelo analista, frente ao analisante. Cabe a este assumir responsabilidade por suas escolhas, não cabendo, portanto, ao analista desejar algo ao analisante, nem o seu "bem", ou direcionar suas escolhas. Tampouco lhe cabe colocar-se como modelo, dizendo o que é certo ou errado, ou o que seria melhor, mas oferecer sua escuta para dar lugar à fala do analisante, fazendo intervenções que possam fazer surgir o seu desejo, desvelando os seus conflitos inconscientes.

É importante salientar que quando falamos de desejo, conforme conceito psicanalítico, não estamos tratando da vontade e determinação do indivíduo de fazer algo, não se trata aqui de escolhas deliberadas e conscientes, de acordo com preferências e pautadas, de forma geral, pela racionalidade e coerência. O desejo na psicanálise não é tampouco constituído por necessidades biológicas. Estas dizem respeito à conservação e preservação do indivíduo e da espécie, tendo seus objetos próprios de satisfação. Mas trata-se, do ponto de vista da psicanálise, do impulso inconsciente pela busca de realização de uma satisfação plena (pulsão), que muitas vezes contraria qualquer argumento lógico, as normas sociais, os valores morais do indivíduo e suas crenças. Daí esses desejos serem inconscientes e serem geradores de conflitos psíquicos, que se apresentam através de sintomas, causando estranhamento ao eu, como algo que não lhe pertence, embora tenham origem interna. Para Freud (1996 [1900]), devido ao forte impulso de se realizar, independentemente da realidade externa e mesmo contrariando-a, o desejo liga-se aos sonhos e às fantasias. Segundo Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), "[...] é no sonho que reside a definição freudiana do desejo: o sonho é a realização de um desejo recalçado e a fantasia é a realização alucinatória do desejo em si" (p. 147).

Posteriormente a Freud, Jacques Lacan (1999 [1957-1958]) estabeleceu uma relação entre o desejo inconsciente recalçado e o outro, uma vez que a constituição psíquica do sujeito está subordinada às suas relações primordiais e a criança reivindica atenção constante da parte de

³⁹ Grifos do autor.

seu/sua cuidador/a habitual. Assim, Lacan coloca que "*o desejo é desejo do desejo do Outro*", uma vez que busca seu reconhecimento e amor⁴⁰.

Esse sujeito dividido entre a consciência de si e aquilo que lhe pertence, mas desconhece; que diz o que não quer, escapando ao controle consciente e racional; dividido entre os desejos inconscientes e seu senso moral e valores; determinado pelo inconsciente, quando julga ter o controle consciente de si, é o objeto de estudo da psicanálise. Uma vez que essas condições dizem respeito aos pressupostos da psicanálise, o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente, o sujeito dividido, o sujeito do desejo.

Pela atenção flutuante empregada na psicanálise, há uma suspensão de pressupostos, por parte do analista, quanto à causalidade de sintomas e vida psíquica do analisante. Sua escuta volta-se à fala deste e à forma como ela é estruturada, aos deslizamentos da fala que aparecem nas associações livres, o que lhe possibilita fazer inferências a respeito do desejo do sujeito e possíveis relações com sua história de vida. No entanto, conforme ressalta Luciano Elia (2000), na prática psicanalítica não há uma verdade última a ser descoberta, que explique a trajetória e sintomas do sujeito. Nem tampouco um modelo pré-determinado de procedimentos a ser aplicado a fim de desvendar as possíveis causas de seus sintomas, o que faz com que o processo com cada analisante seja singular e ao mesmo tempo um campo de pesquisa e descobertas. Dessa forma, a pesquisa é inerente à *práxis* psicanalítica, numa articulação entre prática e teoria.

Neste contexto, a prática psicanalítica pretende realizar a decifração da verdade singular de uma individualidade, supondo que exista uma verdade latente no psiquismo que fundaria as apresentações patentes do indivíduo. Porém, se a verdade é latente e não manifesta, isso implica formular que existe um *enigma*⁴¹ na sua individualidade, pois esta não se manifesta na sua transparência (BIRMAN, 1997, p. 15).

⁴⁰ A busca pelo olhar e reconhecimento do outro, própria a todo humano, consiste no que Lacan denominou demanda. Esta é sempre endereçada a outro e diferencia-se da necessidade, uma vez que incide sobre algo que não é da ordem da necessidade, mas uma fantasia. A necessidade, de ordem biológica, se satisfaz com um objeto real, enquanto que a demanda incide sobre um objeto imaginário. Para Lacan, o desejo surge da demanda, da distância entre esta e a necessidade, e toda demanda é demanda de amor (ROUDINESCO e PLON, 1998).

⁴¹ Grifo do autor.

Só a partir da fala do próprio sujeito é possível entrever como este se estrutura psiquicamente, no intrincamento entre real, simbólico e imaginário⁴². Lacan (1986 [1953-1954]) ao longo de todo seu ensino enfatizou que o real, o simbólico e o imaginário estão sempre presentes e entrelaçados no funcionamento psíquico, embora haja a predominância de uma dessas instâncias, em cada situação. Elaborou uma tópica, a partir dessas instâncias, que relacionou às diferentes estruturas psíquicas⁴³, de acordo com a predominância de cada uma dessas instâncias. No entanto, não se tratam de estruturas rígidas e independentemente de qual seja, em alguns momentos surgem variações em relação à prevalência do real, simbólico ou imaginário. O simbólico está relacionado à linguagem e suas leis, que determinam o inconsciente; o imaginário está associado às ideias fantasísticas que elaboramos, desde os primórdios da constituição subjetiva, na passagem pelo estágio do espelho⁴⁴; o real está associado ao impossível de simbolizar.

Conforme Freud (1996 [1914; 1915]), as representações psíquicas são marcas impressas no sujeito que, embora não estejam em um local

⁴² Conforme Roudinesco e Plon (1998), para Lacan, o simbólico, o real e o imaginário são três instâncias inseparáveis, formando uma estrutura, uma ordem à qual o sujeito está ligado, ao mesmo tempo em que essa estrutura designa a própria psicanálise. O termo real, conforme empregado por Lacan e na psicanálise, está relacionado ao conceito freudiano de realidade psíquica, aquilo impossível de nomear, não correspondendo à realidade externa e concreta. Foi introduzido por Lacan em 1953, que extraiu o termo da filosofia, "para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar" (p. 645); "o real é assimilado a um 'resto' impossível de transmitir" (p. 646). O simbólico, termo empregado por Lacan a partir de 1936, designa "um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, a partir de signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização" (p. 714). Quanto ao imaginário, termo utilizado por Lacan também a partir de 1936, designa aquilo que está relacionado à imaginação, ou seja, à capacidade de representar coisas pelo pensamento, independentemente da realidade externa. A palavra é derivada do latim *imago*, que está associado à imagem do semelhante. "No sentido lacaniano", define "o lugar do eu por excelência, com seus fenômenos de ilusão, captação e engodo. [...] Em 1953, veio a definir o imaginário como um engodo ligado à experiência de uma clivagem entre o eu (*moi*) e o eu (*[je]* o sujeito)" (p. 371), onde o "*moi*" representa a consciência de si e o "*je*" o sujeito do inconsciente. Em síntese, o simbólico foi definido "como o lugar do significante e da função paterna, o imaginário como o das ilusões do eu, da alienação e da fusão com o corpo da mãe, e o real como um resto impossível de simbolizar" (p. 371). No que se refere às três instâncias, até 1970 Lacan atribuiu um lugar de primazia ao simbólico, representando sua tópica por S.I.R. (simbólico, imaginário e real), mas daí em diante passou a atribuir essa primazia ao real, passando a representá-la por R.S.I. (real, simbólico e imaginário).

⁴³ Quais sejam, neurose, psicose e perversão.

⁴⁴ Período em que a criança se reconhece no espelho e começa a se diferenciar do outro, vendo-se como um todo integrado, na sua realidade ortopédica. Isso tem efeitos na constituição psíquica do sujeito e a partir daí surge a primeira representação psíquica do eu.

anatômico, o acompanham durante toda a vida, podendo sofrer deslocamentos e deformações na forma como se apresentam. Essas representações não são a coisa em si, mas significantes que o sujeito, de forma subjetiva e única, associou à coisa ou evento, conforme a impressão que este lhe causou. Nessa marca ou representação psíquica se fazem presentes não só dados de realidade, mas uma percepção subjetiva e algo do imaginário. Lacan (1999 [1957-1958]) retomou essa questão associando-a à linguística, referindo-se ao deslizamento dos significantes, onde cada um deles vem substituir e representar o anterior, mas, enquanto substitutos, relacionados à marca psíquica inicial.

A forma como podemos ter acesso às marcas psíquicas, portanto, é pelo significante, instância simbólica. Através dele se apresentam conteúdos psíquicos, dados da realidade que se misturam a fantasias. Os conteúdos psíquicos são, assim, presentificados pela linguagem. Uma vez que se originam de marcas inconscientes e que as ideias que inicialmente se ligavam a elas foram reprimidas, os significantes que as representam são constantemente substituídos, num deslizamento de metáforas e metonímias⁴⁵, a partir dos quais se apresentam os desejos do sujeito do inconsciente. Assim, estes não aparecem diretamente, mas de forma indireta, através de associações feitas entre significantes, quer sejam essas palavras expressas intencionalmente ou por meio de atos falhos e lapsos.

A partir dessas colocações, a pesquisa em psicanálise só é possível levando-se em conta essa condição de sujeito cindido, colocando-se o pesquisador-analista com o olhar voltado ao desejo inconsciente que se enuncia entre os tropeços da linguagem.

Assim, o sujeito esquece, diz mais do que pensava dizer, comete um lapso e pede desculpas enquanto Eu. Os ditos, as ideias, os pensamentos sucedem-se, relacionam-se uns com outros muito sabiamente: eles se auto-organizam à revelia do Eu. [...] Assim, quando o sujeito se "olha", quando se entrega ao exercício da introspecção psicológica, só vê as representações-de-si, as suas certezas imaginárias, mas não consegue se ver a-si-mesmo (LAJONQUIÈRE, 1994, p. 62-63).

⁴⁵ Relacionadas às formações substitutivas inconscientes às quais Freud (1996 [1900]) já se referia na *Interpretação dos sonhos* e que Lacan retomou a partir da linguística saussureana. A metáfora corresponde ao processo psíquico de condensação, enquanto que a metonímia corresponde ao processo de deslocamento.

Esse posicionamento teórico, conforme Birman (1997), tem ainda repercussões na pesquisa em psicanálise que se dá a partir da própria prática clínica, na transferência estabelecida entre a dupla terapêutica analista/analisante, "num espaço eminentemente intersubjetivo, não obstante a assimetria que marca a inserção do analista e do analisando na experiência psicanalítica" (p. 15). Nesse processo, é fundamental que o analista possa escutar as associações livres feitas pelo analisante, que desvelam desejos inconscientes, não-sabidos, que surgem no emprego dos significantes e associações estabelecidas entre eles. Como coloca Bruce Fink (1998, p. 32-33), "ocasionalmente algumas palavras irrompem" sem que as tenhamos escolhido deliberadamente; "uma certa imagem ou metáfora pode *surgir em nossa mente*"⁴⁶ sem que saibamos de onde apareceu, parecendo-nos totalmente sem sentido e deslocada, mas surge com tal força "que nada podemos fazer senão reproduzi-la e depois apenas tentar caçoar do seu significado", ignorando o desejo que desvela.

Lacan sugere que abordemos o processo como aquele em que há duas cadeias de discurso que caminham aproximadamente paralelas uma à outra (num sentido figurado), cada uma se "desdobrando" e se desenvolvendo ao longo de uma linha temporal, digamos assim, uma das quais às vezes interrompe ou intervém na outra (FINK, 1998, p. 33).

Uma dessas linhas do discurso corresponde ao que pretendemos comunicar, ou seja, o discurso consciente, em uma cadeia de significantes ligados entre si. Pelo encadeamento dos significantes é que lhes podemos atribuir um valor na fala, ou seja, eles não possuem um significado fixo, o seu valor é determinado pelo significante que o segue. A outra linha do discurso acima referida, corresponde aos pensamentos que surgem de forma inconsciente simultaneamente ao ato de falar, e que muitas vezes interferem nas palavras que dizemos, se introduzem entre elas (FINK, 1998). Portanto, o analista deve estar atento ao discurso, que sempre é produzido nessa zona de interseções entre consciente e inconsciente.

Ainda em relação à pesquisa em psicanálise, segundo Elia (2000, p. 19), "a pesquisa se *impõe*"⁴⁷ à prática (ou à práxis, a um só

⁴⁶ Grifo do autor.

⁴⁷ Grifo do autor.

tempo,clínica e teórica) do psicanalista. Não estamos num nível meramente facultativo [...]." Essa imposição decorre da relação intrínseca entre a *práxis* psicanalítica e o inconsciente. Assim, a pesquisa em psicanálise consiste na pesquisa dos desejos inconscientes, o que se dá pela prática clínica, a partir do lugar ocupado pelo analista e possibilitada pela transferência estabelecida entre analista e analisante. Esse autor acrescenta que

Toda pesquisa em psicanálise é clínica porque, radical e estruturalmente, implica que o pesquisador-analista empreenda sua pesquisa a partir de lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista, lugar de escuta e sobretudo de causa para o sujeito, o que pressupõe o ato analítico e o desejo do analista (ELIA, 2000, p. 23).

A pesquisa na clínica psicanalítica não se dá no momento em que ocorre a sessão. A partir dessas duas condições necessárias à prática da análise (livre associação e atenção flutuante), só *a posteriori* o analista vai refletir sobre o que se passou, e estabelecer algumas relações nas quais não pensara. O transcorrer da sessão não é o momento para elaborações teóricas por parte do analista, o que só se dá após seu encerramento, a partir da análise retrospectiva do que ali se passou transferencialmente. Como nos lembra Renato Mezan (1992), a pesquisa em psicanálise consiste na pesquisa de manifestações do inconsciente que se apresentam na fala, só podendo ser pensada *a posteriori*, e não no momento do encontro clínico.

O momento da pesquisa clínica não é quando o paciente está falando e o analista se diz: "Será que isso é uma estrutura fóbica?" ou "Os sintomas *borderline* prevalecem sobre as defesas narcísicas?" Se você estiver nesta atitude, você pode talvez até escrever uma boa sessão para levar para a supervisão, guardar bem o que o paciente diz. Mas, certamente, você não está fazendo análise nenhuma. É preciso outro tipo de atitude mental, inteiramente incompatível com a atitude de curiosidade intensa, própria de um trabalho de pesquisa no sentido usual do termo. Quando acontece a pesquisa? Quando o paciente vai embora, você fecha a porta e diz: "Ufa! O que

aconteceu aqui?" Muitas vezes acontece isso e você tem vontade de juntar esses elementos, refletir, e eventualmente escrever uma coisa mais ou menos organizada (MEZAN, 1992, p. 61).

O processo analítico cria um espaço que favorece a fala do analisante e, por outro lado, determinados conteúdos de sua fala chamam mais a atenção do analista, que a partir disso estabelece também as suas associações, levanta suposições e faz intervenções. A validade dessas suposições e eficácia das intervenções feitas, igualmente só poderão ser verificadas *a posteriori*, de acordo com o efeito produzido. Algumas vezes, o analisante responde à intervenção com uma negativa, mas na sessão seguinte retorna ao assunto, diz que esteve pensando a respeito, que isso o fez lembrar algo... Nesse momento sabemos que a intervenção produziu efeito.

A maternidade vem sendo sacralizada, no Ocidente, através dos séculos, tornando-se símbolo idealizado de doação e amor que se materializa, pela gestação, na transmissão da vida. Pelos discursos produzidos em torno da maternidade, podemos observar que essa representação é socialmente compartilhada e presente em nosso meio, passando a fazer parte dos valores vigentes (BADINTER, 1985; CHODOROW, 2002). De acordo com o conjunto teórico aqui apresentado e a partir da minha experiência clínica, é possível associar às falas das mulheres com HIV atendidas e ao sofrimento psíquico que elas expressavam, um entrelaçamento com o discurso normativo e moralizante do Outro, a que estão assujeitadas em decorrência de sua condição de humanidade. Os discursos vigentes sobre a doença e a maternidade, além de produzirem efeitos de subjetivação, em alguns casos parecem ser associados entre si, produzindo conflitos psíquicos diante dos quais não podemos deixar de considerar as questões culturais e o assujeitamento ao social.

As opiniões e desejos de outras pessoas fluem para dentro de nós através do discurso. Nesse sentido, podemos interpretar o enunciado de Lacan de que o inconsciente é o discurso do Outro, de uma maneira muito direta: *o inconsciente está repleto da fala de outras pessoas, das conversas de outras pessoas, e dos objetivos, aspirações e fantasias de outras*

*pessoas*⁴⁸ (na medida em que estes são expressos em palavras) (FINK, 1998, p. 27).

Para que a criança possa ser introduzida na linguagem e no simbólico, a relação inicial mãe⁴⁹/bebê é fundamental, e se estabelece com base no investimento libidinal da mãe sobre o filho. Assim, o sujeito se constitui a partir desse outro, representante do social e da cultura de que faz parte, numa articulação entre natureza, sociedade e cultura. Dessa forma, uma vez que assujeitado às leis e normas da cultura transmitidas pelo discurso e assujeitado ao Outro, estas produzem efeitos de subjetivação, como nos ensina Lacan ao longo de todosos seus seminários e escritos.

Lacan define o sujeito como uma posição adotada com relação ao Outro enquanto linguagem ou lei; em outras palavras, o sujeito é⁵⁰ uma relação com a ordem simbólica. O eu é definido em termos de registro imaginário, enquanto o sujeito como tal é, essencialmente, um posicionamento em relação ao Outro (FINK, 1998, p. 10).

Portanto, para que a criança venha a se constituir como sujeito, é necessário que se constitua como objeto de desejo desse Outro primordial com quem estabelece seus primeiros laços e por quem é introduzida no simbólico. A suposição da mãe⁵¹ é de que a criança irá satisfazer seu desejo narcísico, correspondendo ao bebê imaginário idealizado.

Portanto, em relação às mulheres com o vírus HIV e na condição de gestantes, as representações que se poderiam supor associadas à maternidade, ao vírus e ao seu lugar enquanto soropositivas e mães, dizem respeito aos discursos vigentes no meio social em relação a essas questões, que produziram efeito de subjetivação.

⁴⁸ Grifo do autor.

⁴⁹ Ou mãe-substituta. Mencionada de forma genérica em relação à constituição do sujeito, sempre que aqui, neste trabalho, for citada a relação mãe/bebê, a mãe diz respeito a um lugar simbólico, à figura que exerce a função materna, que não necessariamente é a mãe biológica, mas aquela que volta seu desejo à criança, colocando-o como filho. Em nosso meio, geralmente é a mãe biológica que se coloca como cuidadora da criança, embora nada impeça que outra pessoa, seja homem ou mulher, exerça essa função. Essa relação inicial, portanto, não é determinada biologicamente, mas é de ordem simbólica e diz respeito ao desejo pela criança, que se reflete na disponibilidade e interesse por ela.

⁵⁰ Grifo do autor.

⁵¹ Que ocupa, para a criança, o lugar de Outro primordial.

As colocações aqui feitas em relação aos pressupostos da psicanálise, sua prática clínica e seus fundamentos epistemológicos, foram fundamentais para pensar a forma de realizar esta pesquisa, na explicitação da metodologia utilizada.

5 MATERNIDADE: UMA RETROSPECTIVA

Assim como o conceito de doença e os valores e representações a ela atribuídos passam por mudanças históricas, no Ocidente o conceito de maternidade vem sendo construído através dos tempos. A maternidade, em tempos anteriores, era considerada um acontecimento da ordem da natureza a serviço da procriação e conservação da espécie, em que não estava implicado o desejo parental.

Conforme Philippe Ariès (2006), na Idade Média inexistia o conceito de infância, não cabendo à criança, portanto, um lugar diferenciado no contexto familiar. Esta era vista como um adulto pequeno e menos capaz, compartilhando com os adultos todos os ambientes e situações. As relações afetivas na família não eram valorizadas e as crianças de famílias abastadas, ao nascer, eram enviadas a amas de leite, só retornando após o período de amamentação. Por volta dos oito anos de idade, eram novamente enviadas para longe dos pais a fim de aprenderem, pela prática, um ofício condizente com a condição da família e que lhe parecesse o mais promissor para obtenção de retorno financeiro ou prestígio. Faziam parte da aprendizagem os bons costumes e regras das relações sociais, indispensáveis para conseguir uma boa colocação. As famílias pobres enviavam seus filhos para servir a outros, como criados, em troca de remuneração. Os cuidados dispensados às crianças visavam os benefícios que elas poderiam trazer às suas famílias, num futuro próximo, não estando relacionados a questões afetivas.

De acordo com a organização social então existente, a família tinha um papel importante associado à produção econômica e à transmissão do nome. Ariès (2006) situa a família, nessa época, como um bem moral e, acima de tudo, se buscava preservar sua honra e seu patrimônio. O destino de cada um era dado, desde seu nascimento, pela família a que pertencia e ordem de nascimento que ocupava.

Durante um longo período histórico, a escola foi prerrogativa do clero e reservada a poucos. A partir do século XVI, sob influência da Igreja que não considerava conveniente que as crianças frequentassem todo tipo de ambiente, e que insistia para que elas tivessem um lugar onde pudessem estar resguardadas, surgiu o conceito de infância. A escola, então, passou a ser considerada o local ideal para a sua educação. A partir dessa mudança, cada vez mais a escola passou a ocupar lugar de importância na sociedade. Com a validação crescente de sua autoridade moral, no final do século XVI e meados do XVII, foi se modificando o conceito de aprendizagem, ao mesmo tempo em que

ocorriam mudanças nas relações familiares. A afetividade foi introduzida na família, que aos poucos passou a se organizar em torno da criança, da preocupação com sua educação e preparação para o trabalho. “É significativo que nessa mesma época tenham ocorrido mudanças importantes na atitude da família para com a criança. A família transformou-se profundamente na medida em que modificou suas relações internas com as crianças” (ARIÈS, 2006 p. 225). Nesse período, muitos internatos foram criados, onde as crianças eram iniciadas nos estudos e na aprendizagem social, protegidas do mundo externo.

A partir do século XVIII, com a Modernidade, uma nova organização social instituiu a separação dos espaços públicos e privado. Essa nova organização propiciou o advento do amor romântico, trazendo mudanças mais marcantes à estrutura, conceito e organização familiar. Juntamente com o surgimento da burguesia, foram criadas escolas diferenciadas para os abastados, que não queriam seus filhos misturados a crianças de origem considerada inferior. Crescia a preocupação com a educação das crianças, incluindo, além da instrução, a transmissão de valores morais. Os pais passaram a ser encarregados, cada vez mais, de transmitir aos filhos os saberes, valores morais e espirituais; os membros da família passaram a compartilhar uma identidade de sentimentos, gênero de vida e costumes, com a possibilidade de cada indivíduo escolher seu próprio caminho. Com essas novas mudanças, as famílias passaram a educar os filhos em casa e cada vez mais a criança passou a estar sob os cuidados e vigilância constante da mãe. (ARIÈS, 2006) Todas essas mudanças terminaram por levar à sacralização da maternidade. De forma idealizada, valores foram atribuídos à figura materna, a qual passou a personificar a bondade, a capacidade de renúncia e de doação. Associada à maternidade, a mulher adquiriu uma valoração positiva, ao mesmo tempo em que se criava um estereótipo de "natureza feminina" voltada ao exercício da maternidade e constituindo-se em exemplo de abnegação.

Essas mudanças possibilitaram, igualmente, o surgimento de subjetividades individualizadas, com formas particularizadas de pensar e agir. No entanto, conforme Elizabeth Badinter (1985), a sacralização da maternidade levou, ainda, em decorrência da repressão da sexualidade feminina exercida ao longo dos séculos, a uma dicotomia entre a “mulher-mãe” - vista como virtuosa - e a “mulher-fêmea” - voltada para os prazeres mundanos e satisfações pessoais - esta considerada promíscua e socialmente desvalorizada. A literatura da época retratou ambos os tipos de mulheres, em romances nos quais lhes eram

atribuídos valores morais. As personagens femininas da literatura variavam entre mães abnegadas cuja única ambição era reinar em suas casas e desfrutar do convívio com os filhos, ou mulheres frívolas e sedutoras, cuja maior preocupação era com a vida social e prazeres mundanos. Embora grande número de crianças continuasse a ser abandonado, surgira um novo sentimento na família que fazia com que, a partir de então, a morte de um filho fosse motivo de lamentações e sofrimento para muitos. Ao mesmo tempo, a mulher que não se voltava a cuidar de seus filhos era execrada. Quanto a esse novo sentimento materno, Badinter (1985), apoiada na literatura e em cartas, diários e documentos da época, chama a atenção para o fato de que nem todos aderiram à ideia e muitas mulheres não aceitavam esse novo lugar que lhes era destinado. Quer para defender quer para criticar o ideal de fusão mulher-mãe, o surgimento de questões e de discursos distintos a respeito mostram o impacto e a resistência que o assunto causou na sociedade da época.

Badinter (1985) analisa e critica no seu livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno* essa visão essencialista da maternidade que, com o passar do tempo e a intensificação do discurso que atribuía à mulher uma natureza materna e uma abnegação natural, adquiriu caráter normatizador. A maternidade passou a ser exaltada como realização suprema de vida feminina. A mulher que se tornava mãe era revestida de uma áurea de santidade acompanhada de exigências, cada vez maiores, em relação aos cuidados e dedicação aos filhos. Essas valorações provocaram mudanças em relação à posição da mulher na sociedade e foram sendo, cada vez mais, associadas a representações simbólicas socialmente compartilhadas, com efeitos de subjetivação.

Como nos lembram Luís Cláudio Figueiredo e Pedro Luiz de Santi (2002), a sociedade, a partir dos valores compartilhados, estabelece maneiras de produção e de interrelações, produzindo formas de subjetivação próprias a cada época. A "verdade" é construção do discurso vigente que constitui o tecido social. Este representa e normatiza os elementos que fazem parte da sociedade, suas interrelações, formas de produção e de comunicação, mas, ao mesmo tempo em que é criado por esses elementos, o discurso vigente os condiciona e afeta a maneira como as pessoas se percebem e pensam.

Com o novo conceito de família e o valor então atribuído à criança e, ainda, em face das altas taxas de mortalidade infantil, surgiu um novo discurso sobre a maternidade. Os discursos médicos, bem como o dos filósofos iluministas, a partir do fato de que o corpo da

mulher é biologicamente preparado para este fim, passaram a associar a maternidade à finalidade de vida da mulher. De acordo com esses discursos, a felicidade da "boa mãe" deveria consistir em cuidar da saúde e felicidade do filho, abrindo mão, para isso, da própria comodidade (BADINTER, 1985). Entre esses cuidados, a amamentação feita pela própria mãe, anteriormente prática comum apenas nas famílias pobres, passou a ser valorizada e defendida pelos médicos como uma medida preventiva de saúde, tanto para a mãe, como para o filho. A recusa da mãe em amamentar passou a ser moralmente criticada pela sociedade.

É assim que as mulheres dos meios abastados de La Rochelle, comovidas por uma onda de mortes que atingia seus filhos entregues a camponesas, decidiram em 1766 amamentá-los elas mesmas. E aliás causaram escândalo, fazendo-o em público (BADINTER, 1985, p. 203).

Embasados pelo discurso científico, os cuidados com a criança passaram a ser indicados desde o início da gravidez, prolongando-se durante o período de amamentação e estendendo-se por vários anos, o que deu lugar ao surgimento de um saber voltado à puericultura. Esse novo saber incluía recomendações sobre a dieta da mãe no período de gestação e de amamentação, dieta e uso de roupas adequadas à criança, higiene corporal e ainda a segmentação do desenvolvimento infantil em fases diferenciadas.

A essa visão essencialista correspondia um modelo estereotipado do que seria uma boa mãe e boa esposa: "naturalmente" paciente, abnegada, humilde e discreta, colocando os valores morais, que deveria transmitir aos filhos, acima dos demais valores. Os únicos lugares considerados próprios para a mulher eram o de mãe e de dona-de-casa. Colocada na sociedade em uma condição de inferioridade, era considerada, do ponto de vista intelectual, emocional e das capacidades, de forma equivalente a uma criança grande. Inteiramente responsabilizada pela felicidade e harmonia doméstica, sua educação tinha o objetivo de dar-lhe condições de exercer os papéis de mãe e de esposa da melhor forma. Esse discurso essencialista em torno da maternidade, ainda hoje bastante comum, se agradava a algumas mulheres e correspondia aos seus próprios desejos, pressionava a outras que não desejavam ser mães ou que não se sentiam capazes de ocupar o lugar que correspondia ao ideal socialmente estabelecido.

Essa profunda mudança de mentalidade teve dois tipos de consequências. Permitiu a muitas mulheres viver sua maternidade com alegria e orgulho, e encontrar a realização numa atividade doravante prestigiada e considerada útil para todos. Não só a mulher tinha uma função determinada, mas cada uma parecia insubstituível. Sob esse aspecto, a dignificação da maternidade permitiu às mulheres exteriorizar um aspecto essencial da sua personalidade, e a obter com isso, por acréscimo, uma consideração que suas mães jamais tiveram.

Por outro lado, os discursos tão peremptórios e autoritários pronunciados sobre a condição materna criaram em outras mulheres uma espécie de mal-estar inconsciente. A pressão ideológica foi tal que elas se sentiram obrigadas a serem mães sem desejá-lo realmente. Assim, viveram sua maternidade sob o signo da culpa e da frustração. Talvez tenham feito o máximo esforço para imitar a boa mãe, mas, não encontrando nisso a própria satisfação, estragaram sua vida e a de seus filhos (BADINTER, 1985, p. 255).

Embora a aristocracia, ocupada com outras atividades, pudesse não ter muito interesse pelas mudanças apregoadas, esse novo lugar dava destaque às mulheres, até então invisíveis, que passaram a dividir com os homens o poder sobre os filhos e sobre a vida familiar. À medida que se tornou responsável pela saúde e educação das crianças, a mãe passou a ocupar um lugar de maior relevância dentro da sociedade e a ter uma autoridade e importância dentro da família, que antes lhes eram desconhecidas. A mulher da classe burguesa, com vida reclusa e restrita às atividades domésticas, tinha aí a oportunidade de ganhar prestígio social, com um papel mais ativo, mais gratificante e de maior poder dentro da família. Para algumas, esse novo lugar passava a dar um sentido às suas vidas, até então, vazias.

Nem pobre, nem particularmente rica ou brilhante, a mulher das classes médias viu nessa nova função a oportunidade de uma promoção e de uma emancipação que a aristocracia não buscava.

Ao aceitar incumbir-se da educação dos filhos, a burguesa melhorava sua posição pessoal, e isso de duas maneiras. Ao poder das chaves, que detinha há muito tempo (poder sobre os bens materiais da família), acrescentava o poder sobre os seres humanos que são os filhos. Tornava-se, em consequência, o eixo da família. Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é sagrada a "rainha do lar" (BADINTER, 1985, p. 222).

Essa mudança da posição da mulher dentro da família, o poder adquirido em relação aos filhos, transpunha os limites da vida privada, chegando a ser assunto de discussão na academia.

Testemunham essa mudança de mentalidade, que amplia o poderio materno em detrimento da autoridade paterna, as questões postas em concurso pela Academia de Berlim em 1785. Primeira: Quais são, no estado de natureza, os fundamentos e limites da autoridade paterna? Segundo: Há uma diferença entre os direitos da mãe e os do pai? Terceiro: Até onde as leis podem ampliar os limites da autoridade? (BADINTER, 1985, p. 222-223).

Com argumentações contrárias e a favor, a condição da mulher, seu lugar na família e na sociedade, passaram a fazer parte dos interesses não só da literatura da época, da ciência e dos discursos dos intelectuais de uma forma geral, como também da política. Conforme Elizabeth Roudinesco (2003), o novo lugar da mulher veio enfraquecer a autoridade paterna, antes absoluta, e à medida que cresceu o interesse do Estado pela família, este, com seu poder normatizador, passou a restringi-la cada vez mais.

Em decorrência da influência da Igreja Católica sobre a vida das pessoas e sobre o Estado, por toda Idade Média e no início da Idade Moderna, os monarcas se submetiam à Igreja e ao Papa, que lhes outorgavam poderes vindos de Deus. A Igreja, ao instituir o casamento religioso, determinou uma mudança no processo de filiação. Se antes a paternidade dependia da vontade de um homem, que nomeava a criança filho, esta passou a ser vontade de Deus. A paternidade passou a ser a encarnação terrestre de um poder espiritual, agregando-lhe uma função simbólica, “verdadeira transposição da monarquia de direito divino”

(ROUDINESCO, 2003, p. 19), ao pai. A autoridade paterna vinha diretamente de Deus. Com a modernidade e o surgimento do homem da razão, o teocentrismo já não era mais considerado como explicação válida para o funcionamento do mundo, da organização da vida pessoal e coletiva, que deveriam ser, a partir de então, conduzidas em conformidade com a razão. Uma vez estabelecida uma analogia entre a autoridade paterna e a do monarca – este visto como o pai do seu povo - a Revolução Francesa foi um grande golpe para ambos. “Ao cortar a cabeça do rei, dirá Balzac, a Revolução derrubou a cabeça de todos os pais de família” (ROUDINESCO, 2003 p. 33). Se a Revolução Francesa conturbou a ordem social e política anteriormente vigentes, a mudança de lugares dentro da família contribuiu para esvaziar ainda mais a autoridade paterna, ao mesmo tempo em que atribuiu maior valor à figura da mãe. Nem o monarca nem o pai eram mais reconhecidos como soberanos e legítimos detentores de uma autoridade conferida por Deus.

Por trás de discursos que defendiam ou criticavam determinada forma de relações familiares e os lugares sociais apropriados a homens ou mulheres, encontravam-se razões de ordem religiosa, política, higienista e de disputa de poder, que giravam em torno da organização da sociedade patriarcal. Encabeçados pelos iluministas, alguns discursos defendiam a possibilidade da mulher poder escolher seu destino, baseados nos novos ideais igualitários; outros relacionavam uma possível liberdade feminina ao fim da família que, por representar a célula *matter* da sociedade, deveria ser preservada a todo custo⁵². Assim, segundo Roudinesco (2003), associada aos ideais de "liberdade, igualdade e fraternidade" da revolução francesa, para os revolucionários era inadmissível a posição de subordinação até então vivida pela mulher. Conforme esses, a mulher ocupava o lugar de "criada" dentro da família e assim eles combatiam esse ideal de maternidade como finalidade de vida feminina e o modelo estereotipado de mulher-mãe. Defendiam a ideia de que, como parte da humanidade, a mulher deveria ter direitos, tanto quanto os homens.

Em decorrência dessas primeiras mobilizações políticas em defesa de direitos igualitários para a mulher, foi promulgada na França, em 1792, uma lei que tirava o casamento da condição de acordo indissolúvel entre famílias, uma vez que o condicionava ao mútuo consentimento dos noivos. O casamento deveria durar enquanto durasse o amor, o que trouxe junto o direito ao divórcio. Por outro lado, os

⁵² Sobre essa questão, ver Roudinesco (2003), *A irrupção do feminino*, in: *A família em desordem*.

contrarrevolucionários viam no divórcio a condição de liberação sexual da mulher desvinculada da finalidade de procriação, como início da dissolução da sociedade. A maternidade tida como destino feminino e ocupando lugar de destaque, possibilitava aos homens um controle sobre os corpos das mulheres e, ao mesmo tempo, que "o corpo social esteja em condições de resistir à tirania de um gozo feminino" que levaria a fazer desaparecer as diferenças entre os sexos. Com isso, aqueles que eram contrários à igualdade de direitos para a mulher, acreditavam poder conter o perigo do que seria, no imaginário social, "uma sexualidade julgada tanto mais selvagem ou devastadora na medida em que não estaria mais colada à função materna" (ROUDINESCO, 2003, p. 38). De acordo com o discurso contrarrevolucionário, a ordem social estava relacionada à condição de dependência e submissão da mulher aos pais e ao marido. "A restauração da monarquia passa, aliás, para eles, pela reafirmação do poder paterno" (ROUDINESCO, 2003, p. 42). Abolido pouco tempo depois pela Restauração, em defesa dos ideais monarquistas e patriarcais, o divórcio só foi novamente incluído na Constituição francesa em 1884.

Foi nesse clima de discussões em torno da feminilidade - em que a sexualidade vinha à tona, constituindo-se como um dos pontos de discussão - e das relações entre homens e mulheres, que surgiram a psicanálise e os primeiros movimentos feministas.

6 PSICANÁLISE, SEXUALIDADE E MATERNIDADE

A psicanálise veio associar de forma explícita o desejo e o prazer à atividade sexual, até então socialmente vista como meio de reprodução da espécie e permitida, por uma longa tradição judaico-cristã, apenas com tal finalidade e no casamento. Para que atingisse seu objetivo, se vista como meio de procriação, cada indivíduo necessariamente teria que se unir a outro do sexo oposto. Segundo a psicanálise, a sexualidade humana organiza-se em torno do simbólico, distanciando-se da natureza, e está diretamente relacionada à satisfação da libido. Buscando a obtenção de prazer através de preferências e práticas sexuais diversificadas, desvia-se, muitas vezes, tanto do que seria - para essa tradição - seu alvo sexual natural (o coito e a reprodução) como do suposto objeto⁵³ originário do instinto sexual (um indivíduo de outro sexo).

No que diz respeito ao desvio de objeto, Freud (1996 [1905]) recusou a ideia da psiquiatria da época de considerar as inversões sexuais como degenerações⁵⁴, uma vez que os homossexuais em geral têm vida laboral e intelectual produtiva, estabelecem relações afetivas duradouras com os semelhantes e vivem em sociedades de acordo com as suas demais normas culturais. Freud (1996 [1905], p. 132) nos lembra ainda a importância de fatores culturais e o lugar que o invertido pode ocupar em cada cultura. "É preciso considerar que nos povos antigos, no auge de sua cultura, a inversão era um fenômeno bastante frequente, quase que uma instituição dotada de importantes funções." E continua, dizendo ser a inversão uma ocorrência "extremamente difundida entre povos selvagens e primitivos, ao passo que o conceito de degeneração costuma restringir-se à civilização elevada..."⁵⁵.

Segundo Freud (1996 [1905]), as inversões e práticas homossexuais, consideradas na época do surgimento da psicanálise como perversões, sejam de caráter absoluto, ou não exclusivo, ou ainda

⁵³ Freud (1996 [1905], p. 128) definiu o *alvo sexual* como a "ação para a qual a pulsão impele", enquanto que o *objeto sexual* é a "pessoa de quem provém a atração sexual".

⁵⁴ "Parece mais oportuno falar em degeneração apenas quando: (1) houver uma conjugação de muitos desvios graves em relação à norma; (2) a capacidade de funcionamento e de sobrevivência parecer em geral gravemente prejudicada" (FREUD, 1996 [1905], p.131).

⁵⁵ Freud (1996 [1905]) atribui aos antropólogos o mérito da despatologização da inversão sexual, especialmente a I. Bloch, que destacou a presença frequente dessa prática entre os povos da Antiguidade.

ocasional (relacionada a causas externas), são estabelecidas de acordo com o destino das pulsões sexuais, ao longo do processo de organização psíquica. Com base em aspectos anatômicos e biológicos e ainda, reportando-se a diversos autores⁵⁶, concebe o humano como se constituindo a partir "de uma predisposição originariamente bissexual, que, no curso do desenvolvimento, vai-se transformando em monossexualidade, com resíduos ínfimos do sexo atrofiado" (FREUD, 1996 [1905], p. 134). Assim, afirma que a bissexualidade é inata a todos os humanos. Anteriormente a Freud, Fliess já se referia à bissexualidade humana enquanto uma *dualidade de sexo*⁵⁷.

Em relação ao desvio do alvo no exercício da sexualidade, estariam incluídas as práticas que buscam o prazer, desvinculadas do objetivo de alcançar a união sexual ou, ainda, a utilização de partes do corpo que não participam da composição do aparelho reprodutor. Freud (1996 [1905]) nos lembra que nas preliminares das relações sexuais normalmente ocorrem práticas desse tipo que poderiam ser consideradas perversas. Todas essas questões, tanto relacionadas ao desvio de objeto sexual como ao desvio do alvo da pulsão, levaram-no a afirmar que a sexualidade humana é polimorfa e perversa⁵⁸.

Freud (1996 [1905]) não se limitou a expandir a noção de sexualidade e de atividade sexual para além da reprodução e do aparelho reprodutor. Atribuiu à sexualidade, que se dá em torno dos desejos sexuais inconscientes, uma importância central na constituição psíquica do sujeito, de tal forma que qualquer órgão ou parte do corpo pode vir a ser erogenizado (FREUD, 1996 [1905; 1910; 1914]). "Podemos decidir considerar a erogenicidade como uma característica geral de todos os órgãos e, então, podemos falar de um aumento ou diminuição dela numa parte específica do corpo" (FREUD, 1996 [1914], p. 91).

Para a psicanálise, a escolha sexual de cada um e o desejo de ter filhos, na mulher, estão relacionados à forma como se deu sua constituição psíquica e a organização de sua sexualidade. Conforme Freud (1996 [1923; 1924; 1925; 1931b; 1933].) essas escolhas, nos indivíduos de ambos os sexos, não só em relação ao objeto como no que diz respeito à forma como o sujeito irá vivenciar a própria sexualidade, habitualmente já ocorrem na infância, durante a vivência do complexo

⁵⁶ Para maiores detalhes, conferir Sigmund Freud (1996 [1905], p. 134-137).

⁵⁷ Para mais informações, ver Freud (1996 [1905], p. 135 e 136), nota de rodapé nº 2.

⁵⁸ Em sua obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905, Freud estabelece, assim, um novo sentido para o conceito de perversão em psicanálise.

de castração⁵⁹ e na passagem pelo Édipo⁶⁰. Para a psicanálise, a sexualidade já está presente desde a infância, embora a criança aparentemente não eleja um objeto sexual. "A aproximação da vida sexual da criança à do adulto vai muito além e não se limita unicamente ao surgimento da escolha de um objeto" (FREUD, 1996 [1923], p. 158). Nessa escolha, assumem importância as ligações afetivas prevalentes da criança e as identificações⁶¹ estabelecidas com suas figuras de referência. Portanto, o rumo da sexualidade do humano não é estabelecido *a priori*, de acordo com o sexo anatômico do sujeito, mas é uma construção que permite variações devido à bissexualidade de que é dotado, "como se um indivíduo não fosse homem ou mulher, mas sempre fosse ambos - simplesmente um pouco mais de um, do que do outro". Esta proporção está "sujeita a flutuações muito amplas" (FREUD, 1996 [1933], p. 115).

A bissexualidade inata própria aos humanos é movida por uma "libido única, de essência masculina" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 168), quer se manifeste na sexualidade masculina quer na feminina, e que pode se apresentar, ora mais por aspectos femininos, ora mais por aspectos masculinos, ou ainda, por uma mistura dos dois⁶². No que se refere à libido, esta serve às funções sexuais masculinas assim como às femininas, de acordo com a escolha do objeto. Na construção da sua teoria da sexualidade, Freud interessou-se não pelas concepções de feminilidade e masculinidade vigentes em sua época, mas em saber como cada sujeito sexuado recalca ou não parte da libido, constituindo-se com uma sexualidade feminina ou masculina.

O primeiro objeto de amor da criança, tanto para o menino como para a menina, é a mãe, que para Freud (1996 [1933]) se funde com as

⁵⁹ Associado à crença infantil de que todos os humanos são dotados de pênis. Diante da descoberta de que isso não é verdadeiro, e uma vez que este é colocado como o objeto que, imaginariamente, representaria a completude, os meninos passam a temer perdê-lo e as meninas sentem-se em falta, por não tê-lo. Na ilusão de perda de algo que não falta consiste a castração imaginária.

⁶⁰ O Édipo está relacionado ao complexo de castração e à descoberta da diferença sexual.

⁶¹ Para a psicanálise, a identificação é um processo psíquico inconsciente que leva o sujeito a introjetar características e valores e a desejar ser como o outro, a colocar-se no lugar do outro ou, ainda, a assumir traços do outro. Para Lacan, a identificação está no registro simbólico e ele a considera como "identificação de significante", o que a diferencia da identificação narcísica, que se dá no registro do imaginário, mais relacionada à imagem ilusória que o sujeito tem do eu (CHEMAMA e VANDERMERSCH, 2007).

⁶² "A diferença mais marcante entre a vida amorosa da Antiguidade e a nossa decerto reside em que os antigos punham a ênfase na própria pulsão sexual, ao passo que nós a colocamos no objeto. Os antigos celebravam a pulsão e se dispunham a enobrecer com ela até mesmo um objeto inferior, enquanto nós menosprezamos a atividade pulsional em si e só permitimos que seja desculpada pelos méritos do objeto" (FREUD, 1996 [1905], p. 141, nota de rodapé).

figuras de outros eventuais cuidadores, em consequência dos cuidados e atenção que estes lhes dão.

Os instintos⁶³ sexuais estão, de início, ligados à satisfação dos instintos do eu; somente depois é que eles se tornam independentes destes, e mesmo então encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção; isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua (FREUD, 1996 [1914], p. 94).

Nessa fase inicial de vinculação à mãe, o pai é visto como um rival incômodo e um intruso, que vem frustrar a criança da atenção constante da mãe, da sua posse. Nesse período, as crianças desejam amor e atenções ilimitadas, "exigem exclusividade e não toleram partilha" (FREUD, 1996 [1933], p. 123). Na alternância entre presença/ausência da mãe, assim como no desmame, estão as primeiras castrações⁶⁴ pelas quais a criança passa e que vão conduzi-la à castração imaginária e posteriormente, à castração simbólica⁶⁵.

De acordo com o Édipo freudiano (FREUD 1996 [1923; 1924; 1925; 1931b; 1933]), a criança, durante seus primeiros anos de vida, acredita que todas as pessoas possuem pênis. A descoberta de que este não é universal coincide com o período em que a criança está totalmente voltada à mãe e hostiliza o pai, dirigindo-lhe sua agressividade, por ver que este obriga a mãe a dividir com ele suas atenções. Essa agressividade retorna à criança, que projeta imaginariamente no pai intenções agressivas, equivalentes ou mais intensas que as próprias. O menino, ao projetar sua agressividade sobre o pai, sente-se ameaçado, fantasiando que o pai irá puni-lo por desejar a mãe para si. Diante da constatação de que a menina não tem o pênis, mas ainda acreditando na sua universalidade, julga que ela o perdeu e passa a temer pela perda do seu próprio órgão tão valorizado, como forma de retaliação imposta pelo

⁶³ Aqui foi mantido o termo tal como aparece na tradução para o português, na edição das Obras de Freud consultada. O conceito de *Trieb*, palavra utilizada por Freud para a construção do conceito de pulsão, foi traduzido para o inglês por *Instinct*, o que acarretou a tradução para o português como instinto. No entanto, *Trieb* se distancia do biológico e, consequentemente do instinto, sendo mais apropriado para traduzir a expressão utilizada por Freud o termo pulsão.

⁶⁴ A palavra castração é aqui utilizada no sentido de perda de objeto de desejo.

⁶⁵ Aceitação da interdição ao incesto.

pai. Apesar da hostilidade que o menino volta ao pai, sua relação é carregada de ambivalência, oscilando entre amor e ódio, e o amor que lhe tem será fundamental para que abra mão de seu objeto de desejo primordial. Invejando o poder do pai, mas sentindo-se em desvantagem em relação a ele e vendo que não consegue que a mãe esteja permanentemente voltada para si, o menino recalca o seu desejo por ela e identifica-se com o pai. Parte da pulsão é dessexualizada, transformando-se em ligações afetivas e identificações, ao mesmo tempo em que "a autoridade do pai ou dos pais é introjetada no eu e aí forma o núcleo do superego"⁶⁶(FREUD, 1996 [1924], p. 196). Pelas identificações, o pai torna-se seu ideal de eu⁶⁷. Para o menino, este momento, ou seja, a angústia de castração e a renúncia à mãe, marcam o declínio do Édipo. Freud chama atenção para o papel que a diferença sexual exerce em relação à organização genital.

Ao mesmo tempo, a característica principal dessa 'organização genital infantil' é sua *diferença* da organização genital final do adulto. Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do *falo*⁶⁸(FREUD 1996 [1923], p. 158).

⁶⁶Superego é uma instância psíquica que se constitui a partir da internalização das normas e leis impostas à criança pelos cuidadores e pela sociedade, relacionada ao ideal de eu, colocado como uma exigência a ser alcançada. Segundo Freud (1996 [1924]), após a passagem pelo Édipo, a vigilância externa que antes se fazia necessária para o cumprimento das normas, o medo do castigo, é substituída por uma vigilância interna, uma entidade moral e controladora do eu. Lacan, posteriormente, nomeou essa instância psíquica de supereu, termo utilizado por psicanalistas lacanianos.

⁶⁷Modelo de referência do eu, construído a partir do narcisismo infantil e da identificação com as figuras parentais, inicialmente tidas como modelo para a criança, às quais vêm se acrescentar os substitutos sociais, com suas normas e valores. Uma vez introjetados esses valores, esse modelo passa a ser o ideal almejado pelo sujeito, ao qual busca corresponder. Ao mesmo tempo em que lhe traz satisfação, quanto mais sente que dele se aproxima, inversamente, pode sentir que não corresponde a esse ideal de eu, o que pode levá-lo ao sofrimento e sentimento de culpa.

⁶⁸Enquanto que a palavra pênis representa o órgão real, *falo* tem um sentido simbólico, associado à potência e plenitude. Desde a Antiguidade o falo já representava o poder e a potência suprema. Em diversas religiões pagãs e orientais existia o culto ao falo, representado pelo órgão masculino em ereção. Essa prática foi rejeitada pela religião monoteísta, por considerar que remetia "a um período bárbaro da humanidade, caracterizado por práticas orgíacas" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 221).

Para o menino, após a passagem pelo Édipo, a mãe continua sendo seu objeto de amor, independentemente de haver nele uma predominância de sexualidade feminina ou masculina, resultante da sua identificação com as figuras parentais. O amor sexual que ele volta à mãe é recalcado e buscará outro objeto - homem ou mulher - de acordo com a construção e predominância de sua sexualidade. Assim, irá substituir seu objeto de amor primordial, em decorrência da aceitação da interdição ao incesto. Em relação à menina, entrar na feminilidade exige que ela abandone seu primeiro objeto de amor, trocando-o pelo pai, para que depois possa fazer sua escolha objetual por outro homem, recalcando o desejo pelo pai.

Surge então a questão de saber como isto ocorre: particularmente, como é que a menina passa da vinculação com sua mãe para a vinculação com seu pai? Ou, em outros termos, como passa ela da fase masculina para a feminina, à qual biologicamente está destinada?

Seria uma solução idealmente simples, se pudéssemos supor que, a partir de determinada idade em diante, a influência fundamental da atração recíproca entre os sexos se faz sentir e impele a mulherzinha para o homem, enquanto a mesma lei permite ao menino continuar com sua mãe. Poderíamos supor, de resto, que nesse ponto os filhos estão seguindo a indicação que lhes foi dada pela preferência sexual de seus pais. Não haveremos de encontrar as coisas tão fáceis assim... (FREUD, 1996 [1933], p. 119).

A menina, ao se perceber castrada, considera-se, anatomicamente, em condição de inferioridade em relação ao menino, pois não tem um pênis nem tampouco virá a ter como pensara anteriormente, quando acreditava que seu clitóris iria crescer. Ela descobriu que sua mãe também é castrada e com isso passa a hostilizá-la, hostilidade que muitas vezes perdura por toda vida, ao mesmo tempo em que a responsabiliza por não lhe ter dado um pênis. O ódio que passa a votar à mãe poderá ser supercompensado mais adiante, ou em parte superado, permanecendo um sentimento fortemente ambivalente da menina em relação a ela. Embora as razões do ódio pela mãe sejam inconscientes, a menina, e mais tarde a mulher, sempre terá queixas para poder justificá-lo, o que colocará dificuldades nas relações entre mãe e

filha. Segundo Freud (1996 [1925; 1931b; 1933]), a partir da crença na universalidade do pênis, a castração imaginária é tida ainda, para as crianças, como uma condição de pessoas inferiores que perderam seu pênis, o que pode levá-las a um sentimento de desprezo em relação às mulheres. Isso constituiria outro motivo para que a menina passasse a hostilizar a mãe.

A menina não aceita sua condição de castrada e, percebendo que o pai tem o pênis, volta-se para ele, trocando de objeto de amor, na esperança de que o pai possa lhe dar o que tanto quer. A ambivalência nas relações libidinais e amorosas, especialmente na infância, favorecem a troca do objeto de amor da menina, ao se perceber imaginariamente castrada. Por outro lado, a frustração de não ter recebido, da mãe, um pênis, favorece que a menina passe a hostilizá-la, substituindo-a pelo pai, como objeto de amor. Segundo Freud (1996 [1933]), quanto maior o amor, maiores as expectativas e exigências em relação ao objeto de amor e mais sensível a pessoa fica à frustração, o que termina por lhe causar uma decepção. Após trocar seu primeiro objeto de amor - a mãe - pelo pai, a menina se convence de que este não poderá lhe dar o que tanto deseja e, deslocando seu antigo desejo de um pênis pelo desejo de um filho, finalmente aceita sua condição de castração. Ao aceitar sua castração, volta-se novamente para sua mãe, identificando-se com ela, embora o pai permaneça como seu objeto de amor. Essa dupla volta da menina permite que ela assuma sua feminilidade ao identificar-se com a mãe e, uma vez que aceita a interdição do pai, futuramente irá buscar um homem para substituí-lo como objeto sexual.

Ao bebê que a menina deseja ter, está associado o pai, ao mesmo tempo em que lhe é atribuído um valor fálico, numa expressão de feminilidade que se estabelece diante dessa substituição do desejo do pênis pelo de um filho. De toda forma, segundo Freud (1996 [1933]), algo desse desejo por um pênis ainda permanece subjacente depois de alcançada a feminilidade por essa via, uma vez que a felicidade da mulher torna-se maior diante da realização do desejo de ter um bebê, se este for do sexo masculino, trazendo, portanto, um pênis. "Assim, o antigo desejo masculino de posse de um pênis ainda está ligeiramente visível na feminilidade alcançada desse modo. Talvez devêssemos identificar esse desejo do pênis como sendo, *par excellence*, um desejo feminino" (FREUD, 1996 [1933], p. 128).

Quanto ao desejo da menina de ter um filho, Freud (1996 [1933]) afirma que esse já está presente no período pré-edípico da constituição psíquica, quando a mãe é o objeto de amor da menina e ela deseja ter um bebê da sua mãe. Para Freud, isso ainda não se constitui, no entanto,

como sinal de feminilidade. Nesse primeiro momento, o desejo de filho surge como uma forma de identificação com a mãe. Nessa fase, a menina, nas brincadeiras, representa ativamente o papel de mãe, imitando-a. A partir das identificações com sua mãe, a menina brinca de boneca e, ao brincar, coloca-se no lugar da sua mãe, sendo a boneca ela própria. Na brincadeira, surgem repetições do que se dá com ela no dia-a-dia, nas suas relações com a mãe.

A trajetória da menina diante da diferença sexual e que a conduz à feminilidade mostra que, diferentemente do menino que sai do Édipo ao aceitar sua castração, a menina entra no Édipo ao convencer-se de que é castrada. "O que acontece à menina é quase o oposto" do que acontece ao menino. "O complexo de castração prepara para o complexo de Édipo, em vez de destruí-lo; a menina é forçada a abandonar a ligação com sua mãe através da influência da inveja do pênis, e entra na situação edípiana como se esta fora um refúgio" (FREUD, 1996 [1933], p. 129).

Inicialmente não valorizada por Freud, mas posteriormente, a partir das observações de algumas psicanalistas mulheres, como Jeanne Lampl-de Groot, Helene Deutsch e Melanie Klein, Freud (1996 [1931b; 1933]) passou a admitir a importância do período pré-edípico da menina e a valorizá-lo, considerando-o importante para a compreensão da feminilidade. Esse período pode se prolongar até os quatro ou cinco anos de idade e aí são estabelecidas as primeiras identificações da menina, que vão ter importância na sua vida. Apesar da troca de objeto, quando este passou a ser o pai, o período pré-edípico da menina e sua relação inicial com a mãe enquanto objeto de amor, exercerá influência no destino da sua sexualidade e de suas futuras relações objetais. Freud (1996 [1931b]) enfatiza que a ligação particularmente intensa da menina com o pai foi precedida por outra igualmente intensa e duradoura com a mãe. Ao mesmo tempo, quase tudo que se encontra na relação com o pai, já estava presente na relação com a mãe.

Por um lado, podemos ampliar o conteúdo do complexo de Édipo de modo a incluir todas as relações da criança com ambos os genitores, e, por outro, levar na devida conta nossas novas descobertas dizendo que a mulher só atinge a normal situação edípiana positiva depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo (FREUD, 1996 [1931b], p. 234).

Na trajetória da menina, "esse complexo foge ao destino que encontra nos meninos: ele pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante a repressão, ou seus efeitos podem persistir com bastante ênfase na vida mental normal das mulheres" (FREUD, 1996 [1925], p. 286). A partir da troca de objeto que era a mãe, pelo pai, em decorrência da descoberta da sua castração imaginária, conforme Freud (1996 [1931b; 1933]), há ainda outros dois destinos possíveis para sua sexualidade, além do desejo de filho e a predominância da feminilidade.

1. Perdurando a condição de inferioridade em que a menina se vê pelo que supunha ser seu diminuto pênis, hostiliza a mãe e continua voltada ao pai. Essa condição poderá ser causa de uma repulsão geral pela sexualidade, que acarretará uma inibição da vida sexual;

2. Assume uma atitude desafiadora e de autoafirmação da masculinidade ameaçada, levando a uma ênfase desse aspecto, podendo chegar à homossexualidade manifesta.

A saída do Édipo, na menina, é complexa e incerta, mais difícil que no menino. Embora Freud (1996 [1925; 1931b; 1933]) tenha escrito alguns trabalhos em que aborda especificamente a passagem da menina pelo Édipo, para ele próprio, muitos pontos relativos à sexualidade feminina ainda ficaram obscuros e em relação à mulher, ele afirma:

De acordo com 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 a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde a criança dotada de disposição bissexual (FREUD, 1996 [1933], p. 115).

Segundo as possíveis saídas apontadas por Freud, conforme acima, para a constituição sexual da menina, esse caminho tortuoso e longo que ela faz até a definição de sua sexualidade tem repercussões sobre o seu funcionamento psíquico, favorecendo uma organização libidinal do tipo narcísica⁶⁹. "Provavelmente não estaríamos errados em dizer que é essa diferença na relação recíproca entre o Complexo de Édipo e o de castração que dá seu cunho especial ao caráter das mulheres como seres sociais" (FREUD, 1996 [1931b] p. 238).

⁶⁹ Tipo libidinal em que o sujeito busca ser amado, mais do que amar. Para maiores detalhes, ver Freud (1996 [1931]), *Tipos libidinais*.

Freud atribuía ao Édipo uma visão patriarcal, centrada na pessoa do pai que assumia para a criança o caráter de pai imaginário e ameaçador. Apesar de fazer um avanço ao afirmar que a expressão da sexualidade é uma construção, desvinculando-a da anatomia, ao mesmo tempo em que estabeleceu a teoria do monismo sexual, em alguns aspectos Freud (1996 [1925]) permaneceu sob a influência do senso comum da sua época em torno do que seria a feminilidade. Embora ressalte a dificuldade de diferenciar características que seriam decorrentes de processos psíquicos daquelas que seriam decorrentes de uma imposição social, relaciona vários atributos tidos como femininos, de acordo com a sociedade da época, à difícil passagem da menina pelo Édipo. Ao mesmo tempo, atribui ao falo uma posição central na constituição da sexualidade, quer masculina quer feminina, uma vez que em torno dele se dá toda a questão do ter/não ter, e a atribuição/fantasia de uma falta imaginária.

Lacan, na releitura que fez da obra de Freud, ao introduzir os registros simbólico, imaginário e real associados à psicanálise, e ao retomar da linguística o conceito de significante, enfatiza a importância do pai para o declínio do Édipo, no que o pai possa ter de simbólico. Assim, desloca o centro da aceitação da castração e a finalização do Édipo para a palavra do pai - a linguagem - que introduz a lei da proibição do incesto. Ao mesmo tempo, desvincula o falo do órgão sexual masculino, atribuindo-lhe o valor de significante do desejo, que é o que está em jogo nas relações que se estabelecem na tríade edipiana, pai/mãe/filho. Assim, ao falo é atribuído um valor simbólico.

[...] Fomos levados a certos resultados: em primeiro lugar, promover, como necessária a qualquer articulação do fenômeno analítico, a noção de significante, como oposta à de significado na análise linguística moderna.

[...] É a descoberta de Freud que confere à oposição entre significante e significado o alcance efetivo em que convém entendê-la, ou seja, que o significante tem função ativa na determinação dos efeitos em que o significável aparece como sofrendo sua marca, tornando-se, através dessa paixão, significado.

Essa paixão do significante, por conseguinte, torna-se uma nova dimensão da condição humana, na medida em que não somente o homem fala, mas em que, no homem e através do homem, isso

fala, em que sua natureza torna-se tecida por efeitos onde se encontra a estrutura da linguagem em cuja matéria ele se transforma... (LACAN, 1998b [1958], p. 695).

Ao definir o falo como o significante do desejo, Lacan faz um deslocamento do eixo do Édipo, enfatizando a importância do simbólico. "Dentro dessa ótica, o falo é assimilado a um significante puro da potência vital, dividindo igualmente os dois sexos e exercendo, portanto, uma função simbólica" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 155). A maneira como cada um dos elementos da tríade se coloca em relação aos demais está referida ao falo simbólico, este representante do objeto de desejo.

O falo é aqui esclarecido por sua função na doutrina freudiana, o falo não é uma fantasia, caso se deva entender por isso um efeito imaginário. Tampouco é, como tal, um objeto (parcial, interno, bom, mau etc.), na medida em que esse termo tende a prezar a realidade implicada numa relação. E é menos ainda o órgão, pênis ou clítoris, que ele simboliza. E não foi sem razão que Freud extraiu-lhe a referência do simulacro que ele era para os antigos (LACAN, 1998b [1958], p. 696-697).

O Édipo não se dá em referência à figura real do pai, mas à maneira como este se coloca na triangulação pai/mãe/filho. Para Lacan (1999 [1957-1958], p. 171), falar do Édipo significa falar da função paterna, pois se trata da mesma coisa. "Não existe a questão do Édipo quando não existe o pai, e, inversamente, falar do Édipo é introduzir como essencial a função do pai." O complexo de Édipo tem uma função normativa para a constituição do sujeito, não só no que diz respeito a sua estrutura moral, pelo surgimento do superego e à forma como o sujeito lida com a realidade, mas também quanto à assunção do seu sexo, uma vez que, ao final do Édipo, o pai é elevado à condição de ideal de eu. A virilidade e a feminização estão relacionadas à função do Édipo, pois a "genitalização, ao ser assumida, torna-se um elemento do Ideal do eu" (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 171).

Quando Lacan fala da importância da maneira como o pai se coloca dentro do complexo de Édipo, ele não está se referindo às interações entre as figuras parentais, não se trata do que seja esse pai

real, como ele se apresenta, com todas as suas possíveis debilidades ou qualidades. "A questão de sua posição na família não se confunde com uma definição exata de seu papel normatizador. Falar de uma carência na família não é falar de sua carência no complexo" (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 174). Essa posição não se refere à dimensão realista, mas se trata de outra dimensão; portanto, a questão aqui não é se o pai da realidade é terrível e ameaçador ou se é carinhoso. Sua função é privar a mãe do seu objeto fálico, o filho, ao mesmo tempo em que frustra o filho da posse da mãe.

Para que o pai possa exercer a função paterna é necessário, antes de tudo, que ele seja reconhecido como pai, ou seja, que a mãe lhe outorgue alguma autoridade. Isso se apresenta na relação da mãe com a palavra do pai; reconhecer o homem como pai significa que a mãe se coloca como mediadora da sua palavra, o que possibilitará que ele ocupe o lugar de pai, no complexo, exercendo a função paterna. E colocar-se como mediadora da sua palavra implica "que a fala do pai intervém efetivamente no discurso da mãe" (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 209). Ao se colocar como mediadora da palavra do pai, da lei paterna, a mãe dá mostras de que internalizou essa lei. Não se trata de uma lei estabelecida pelo pai da realidade, pelo homem que está ali em presença, de acordo com sua vontade. Esta lei o antecede e o pai também tem que se submeter a ela; trata-se da proibição do incesto. Para exercer a função paterna ele teve que, anteriormente, abrir mão de sua própria mãe, submetendo-se à lei que proíbe o incesto. Uma vez que é necessário que a mãe presentifique a palavra do pai, para que a função paterna seja eficaz, o importante, portanto, não é sua presença física.

Mesmo nos casos em que o pai não está presente, em que a criança é deixada sozinha com a mãe, complexos de Édipo inteiramente normais - normais nos dois sentidos: normais como normalizadores, por um lado, e também normais no que se desnormalizam, isto é, por seu efeito neurotizante⁷⁰, por exemplo - se estabelecem de maneira exatamente homóloga à dos outros casos (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 173).

Para esclarecer a posição da criança em relação à mãe, Lacan (1999 [1957-1958]) chama a atenção para a diferença entre desejar o

⁷⁰ Freud já colocava o Édipo como fundamental na constituição psíquica do sujeito e, conseqüentemente, na formação da neurose.

outro e desejar o desejo do outro, afirmando que a relação inicial da criança não é com a mãe, mas com o desejo da mãe, uma vez que a criança quer ser o desejo da mãe. A criança não deseja a mãe, ela deseja o seu desejo, ou seja, a criança quer ser o objeto de desejo da mãe, o significante fálico, e acredita ser o objeto de desejo que a completa, de tal forma que ela não precisará desejar mais nada.

Esse objeto, nós postulamos que ele é o falo como eixo de toda a dialética subjetiva. Trata-se do falo como desejado pela mãe. Do ponto de vista da estrutura, há diversos estados diferentes da relação da mãe com o falo. Ele desempenha um papel primordial na estrutura subjetiva da mãe e pode achar-se em diferentes estados como objeto - o que é justamente o que produzirá toda a complicação que virá depois (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 206).

Há várias possibilidades de a mãe se relacionar com o falo, mas qualquer que seja ela, este desempenha um ponto central na sua estrutura subjetiva e disso vai depender se a criança ficará presa ao desejo do seu desejo ou se vai possibilitar a entrada do pai e da sua palavra, na relação com o filho. Uma vez que o pai exerça sua função no complexo de Édipo, essa posição, sendo simbólica, representa a introdução do Outro na relação inicial estabelecida entre mãe e filho, a entrada da Lei. É introduzido um terceiro na relação inicial da díade mãe/filho, ao qual o desejo da mãe está subordinado. Esse terceiro vem frustrar a criança da posse da mãe, ou seja, da sua atenção constante e exclusiva, pois há algo além da criança que se constitui como objeto de desejo da mãe.

O Édipo se dá em três tempos, nos quais ocorrem mudanças de posição de cada um dos elementos da tríade, sempre em referência ao falo. No primeiro tempo o pai se introduz de forma velada. A criança deseja o desejo da mãe e se identifica como seu objeto de desejo. No segundo tempo, o pai se afirma em sua presença, mediado pelo discurso da mãe e a criança começa a vê-lo como incômodo e como um rival. No terceiro tempo, o pai dá mostras de que tem o falo, tem a potência. "No sentido genital da palavra, digamos que o pai é um pai potente" (LACAN, 1999 [1957-1958], p. 200). Ao ver o desejo da mãe se deslocar para algo que está fora, que ela própria não é o objeto de desejo da mãe, a criança sai da posição de desejar o desejo da mãe aceitando essa posição e identificando-se com o pai simbólico, objeto de desejo da

mãe. Com isso, abre mão da mãe e aceita a interdição que lhe é imposta ao reconhecer que há um terceiro ao qual o desejo dela está subordinado, o que corresponde à castração simbólica.

A castração representa uma falta simbólica de um objeto imaginário, em que o agente é real. Embora seja uma operação simbólica, ela passa necessariamente pelas relações imaginárias. Com a castração simbólica se introduz a metáfora, ou seja, a possibilidade de um significante que surge no lugar de outro. O pai é uma metáfora que vem substituir, como símbolo, uma simbolização primordial entre a criança e a mãe.

Dizer que o pai é uma metáfora, assim como colocar o falo no lugar de significante do desejo e, ainda, enfatizar a necessidade de que a mãe presentifique a palavra do pai para que a função paterna se torne eficaz, implica em atribuir à linguagem um lugar fundamental no Édipo e, conseqüentemente na constituição do sujeito. Essa é a diferença primordial em relação ao Édipo, na releitura que Lacan fez de Freud. O Édipo, com tudo que ele acarreta em relação à interdição ao incesto, à constituição de um ideal de eu e do supereu, se dá pela linguagem.

Ainda segundo Lacan (1999 [1957-1958]), o Édipo invertido⁷¹ tem um lugar importante na dissolução do Édipo, pois é na medida em que o pai tem o amor do filho que este se identifica com ele e o coloca como ideal de eu, possibilitando que o Édipo decline e o desejo pela mãe seja recalçado. Por outro lado, esse amor pode levar o sujeito a uma inversão na escolha de objeto. Em relação à menina, é ainda o fato do pai se tornar seu ideal de eu, que lhe possibilita reconhecer a própria castração.

Na releitura que Lacan fez da obra de Freud em torno da sexualização e do complexo de Édipo, este fica definitivamente desvinculado do biológico e da anatomia de cada um, relacionando-o ao desejo da mãe em relação ao filho e ao desejo deste pelo desejo da mãe. Ao mesmo tempo em que Lacan radicaliza a importância das relações primordiais, é evidente ainda, em relação a Freud, a diferença da posição que ele atribui à mãe, dentro do complexo. Ele privilegia a relação da criança com a mãe, que se desenvolve em torno do desejo materno, levando o falo a se articular não mais à anatomia, mas ao

⁷¹ Devido à ambivalência de sentimentos da criança em relação a ambos os genitores e de acordo com as identificações estabelecidas, essa representação de amor pelo genitor de sexo oposto pode inverter-se, exprimindo o amor pelo genitor do mesmo sexo e ódio pelo de sexo oposto. A esta segunda representação, chama-se Édipo invertido e o Édipo completo se constitui numa mescla das duas (ROUDINESCO e PLON, 1998).

"desejo que estrutura a identidade sexual, sem privilegiar um gênero em detrimento do outro" ⁷² (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 155).

A posição da mãe em relação ao falo é inconsciente, mas determinante para o desfecho do Édipo. Da sua posição ante a própria castração depende a maneira como vai se posicionar em relação ao filho e em relação ao pai da criança; se vai permitir que este se introduza entre a díade mãe/filho, podendo ser mediadora da palavra do pai, ou não.

6.1 FUNÇÃO MATERNA COMO LUGAR DO OUTRO PRIMORDIAL

A relação primordial mãe/bebê é o veículo de acesso da criança à linguagem e, conseqüentemente, ao simbólico, lugar de surgimento da diferenciação de valor atribuído às coisas, independentemente do seu valor utilitário, e da criação de rituais. A linguagem antecede o sujeito, pois muito antes de nascer, a criança já é falada e lhe é atribuído um lugar, conforme o desejo dos pais e demais familiares. A história de uma criança começa, portanto, antes do seu nascimento; a criança "já existe psiquicamente na mãe muito antes de nascer, e ainda mais, muito antes de ser gerada" (JERUSALINSKY, 1984 p. 40). O lugar que lhe é atribuído está relacionado ao desejo dos pais e com a forma como estes se colocam diante da castração e, portanto, a criança herda dos seus genitores suas histórias e algo de suas subjetividades; os acontecimentos importantes da família e das relações entre os genitores ⁷³ deixam marcas em seu psiquismo. Ao nascer, a criança passa a partilhar uma ordem social com tudo que esta traz de material e simbólico, o que produz efeitos de subjetivação.

A gestação é um período em que o poder de gerar um filho é vivido intensamente pela mulher, fazendo-a sentir-se como causa desse, "investida dessa potência que é para todos os seres humanos a potência suprema, ao se tornar a referência fálica" (MELMAN, 2003, p. 81). A gestação remete a mulher ao Édipo, momento em que "ela abandona seu

⁷² A identidade sexual não está relacionada, necessariamente, ao sexo biológico, mas diz respeito à imagem do eu, à forma como o sujeito, imaginariamente, se vê e se reconhece. (Embora todos os humanos disponham de uma bissexualidade inata, tanto Freud (1996 [1905; 1923; 1924; 1925; 1931b; 1933]) como Lacan (2008 [1955-1956]); 1999 [1957-1958]) associam a identidade sexual às identificações inconscientes que se dão na passagem pelo Édipo e à castração simbólica.

⁷³ Assim como a função materna está desvinculada da relação biológica, da mesma forma, a palavra genitores não significa necessariamente que estes tenham laços sanguíneos com a criança, mas laços afetivos construídos a partir de seus desejos.

desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho...” (FREUD, 1996 [1925], p. 284). A gravidez lhe confere uma completude de ordem narcísica, favorecendo a formação do vínculo mãe/bebê, antes mesmo do nascimento deste, e o investimento libidinal da mãe sobre o filho, necessário ao surgimento do futuro sujeito.

O que Freud descobriu, em suma, é que o que faz a criança tornar-se alguém é que ela *deseja*. E mais: deseja porque alguém a desejou e a antecipou como desejante, introduzindo-a nesse campo, que Freud descreverá como *pulsional*⁷⁴ (BERNARDINO, 2006, p. 20).

Para a psicanálise, a condição humana não é dada como garantia a partir do nascimento do bebê. Para isso, é necessário que se estabeleça inicialmente um vínculo entre mãe e filho, que produz uma alienação do bebê ao outro; alienação seguida de um período de separação nessa relação simbiótica inicial. Ambos os processos, alienação e separação, são importantes para a constituição do sujeito e igualmente instituídos pela linguagem. Para Lacan, alienação e separação constituem-se como as duas operações fundamentais de causação do sujeito.

Por alienação, Lacan (1998 [1964]) conceituou a fase em que o bebê se identifica com o desejo da mãe, ao mesmo tempo em que se dá o início da constituição do eu, a partir do reconhecimento de sua própria imagem no espelho. Esse período, que Lacan (1998b [1949]; 1986 [1953-1954]) chamou de estágio do espelho, se dá aproximadamente entre os seis e os dezoito meses. Essa imagem do espelho com a qual o bebê se identifica, no entanto, não corresponde ao corpo real do bebê, mas trata-se de uma imagem e é revestida dos significantes e atributos que a mãe lhe confere, numa antecipação de suas capacidades.

O desejo da mãe pelo bebê, fazendo-a voltar-se quase que inteiramente para ele, e o estado de dependência da criança, favorecem essa condição de alienação ao desejo do Outro, quando a criança identifica-se ao falo da mãe. Essa fase inicial é fundamental para o surgimento dos primórdios do eu e para a entrada da criança na linguagem, através dos significantes que lhe são atribuídos.

Nessa relação e em seu estado de completa dependência, a criança é forçada a ocupar o lugar que a mãe lhe dá, alienada ao desejo do Outro, pois de outra forma não encontrará nenhuma referência de si.

⁷⁴Grifos da autora.

O lugar de cada um, dentro da rede de relações, não é da ordem do natural, mas simbólico; não é transmitido biologicamente nem herdado e sim estabelecido por esse jogo dialógico entre mãe e bebê. “É necessário alienar-se no desejo e nas palavras de um outro da espécie para poder ter uma existência simbólica” (BERNARDINO, 2006, p. 25-26). Certamente trata-se de uma "violência" essa atribuição de lugar à criança a partir do desejo materno, já que independe de sua vontade, mas uma "violência" necessária e constitutiva. Atribuir um sentido ao grito da criança, para que esta saiba o que quer; atribuir-lhe um significado, para que ela saiba o que representa e o que sente, é *função* da mãe.

A maneira como o bebê é nomeado pelos seus cuidadores está relacionada ao desejo que estes lhe dirigem. Pelo significativo que lhe é atribuído, o bebê vai construindo uma imagem psíquica do próprio corpo e de si. O bebê acredita ser realmente aquilo que dizem dele, identificando-se com o significativo que o representa para o seu Outro primordial (a mãe), e com o seu desejo. Acredita ser o desejo da mãe, conforme nomeado. Dessa forma, Lacan (1986 [1953-1954]) diz que o inconsciente é o discurso do Outro, pois a partir do discurso do Outro, ou de seus primeiros outros, se constitui o desejo do sujeito.

Ao se tomar esta acepção mais ampla da linguagem, produz-se uma subversão na relação do homem com esta estrutura: não é mais possível conceber que uma criança “adquira” a linguagem, como adquire, por exemplo, a marcha, o controle esfinteriano e tantas outras habilidades para as quais seu organismo é potencialmente capaz, dependendo apenas de maturação e aprendizagem. Seria mais exato dizer que é a linguagem, esta estrutura, que adquire a criança! (BERNARDINO, 2006, p. 25).

Juntamente com os cuidados corporais e manipulação do corpo do bebê, a mãe - ou mãe substituta⁷⁵ - atribui significados aos gestos, reações e sonorizações do bebê, inicialmente decorrentes dos estados orgânicos de satisfação ou necessidade, de prazer ou desprazer, e assim são produzidas representações psíquicas no bebê. Com isso, o bebê

⁷⁵Como mãe substituta, faço referência ao adulto que exerce a função materna, independentemente de tratar-se de mulher ou homem. Uma vez que esteja exercendo essa função e esse lugar simbólico, passo a nomeá-la/o de mãe.

deixa de ser puro organismo; ou seja, o organismo biológico é erogenizado e ganha uma representação simbólica, o que significa, do ponto de vista da psicanálise, a transformação do organismo em corpo imaginário.

É no contato com o outro - que traz além da satisfação física um a-mais constituído por gestos, palavras e olhares – que o organismo vai sendo aos poucos simbolizado. Cada parte do corpo vai recebendo inscrições psíquicas, como se a mãe fosse “escrevendo” no corpo do bebê ao cuidar dele, permitindo construir o que depois será sua “imagem corporal”. Nessa “escritura”, as marcas do desejo materno erogenizam o corpinho do bebê, instaurando o que Freud denominou de “pulsões parciais”: pontos do corpo que se destacam e passam a ter um registro psíquico, a partir da significação colocada pelo Outro (BERNARDINO, 2006, p. 33).

A capacidade da mãe de antecipar o bebê como sujeito, atribuindo-lhe um saber e um desejo, é um aspecto importante no exercício da função materna. Com o nascimento do bebê, a mãe passa a interagir diretamente com ele, estabelecendo conversações com a criança, antecipando-a como sujeito desejante, atribuindo-lhe uma demanda dirigida a ela, mãe, o que aponta para a sua própria condição de ser de falta. Falta que supõe preencher com o bebê.

O fundamento para a criação do diálogo mãe-bebê é a crença (desejo) da mãe de que as manifestações do bebê, quaisquer que sejam – choro, grito, movimentos, ações e reações corporais, vocalizações, sorrisos, olhar – têm um destinatário (ela mesma) e um sentido (atribuído por ela) (FERREIRA, 2003, p. 6).

Pelo desejo da mãe e sua capacidade antecipatória do bebê como desejante, os significados por ela atribuídos aos gestos e sonorizações da criança possibilitam a transformação da necessidade orgânica inicial em demanda⁷⁶ e a criança passa a ser representada, para o outro, por um

⁷⁶Enquanto que a necessidade é de origem orgânica e diz respeito aos cuidados corporais e, portanto, à sobrevivência do organismo, a demanda é de origem psíquica, um pedido de

significante. A criança é introduzida no campo pulsional, o que possibilita que ela se constitua sujeito desejante. Ser cuidada por alguém que nisso implica seu desejo, é o que faz a criança constituir-se como sujeito de desejo (BERNARDINO, 2006).

Nesse período de vida, que corresponde a um estado de total dependência e pré-maturação do bebê humano, com ausência de coordenação motora, o bebê não consegue ter uma percepção integrada do próprio corpo; vivencia uma fase de despedaçamento do corpo. Ao reconhecer-se na imagem refletida no espelho, tem uma visão integrada de si antes mesmo de adquirir essa capacidade motora, o que lhe propicia uma miragem, uma imagem ilusória do próprio eu e uma antecipação de sua potência. Para Lacan (1998b [1949]; 1986 [1953-1954]), a criança se reconhece com júbilo, nessa imagem integrada. Reconhecendo-se a partir de uma visão imaginária, essa dimensão sempre estará presente na forma como o sujeito se vê, ao longo de toda sua vida.

Lacan (1986 [1953-1954]), no Seminário 1, utiliza-se do que Freud (1996 [1900]) trouxe na *Interpretação dos sonhos* para explicar o que seriam as representações psíquicas e essa visão imaginária de si. No texto citado, Freud (1996 [1900]) enfatiza que essas representações não têm um lugar anatômico, mas são como imagens que se formam em uma máquina fotográfica, ou por efeito de um jogo de lentes. As imagens assim formadas não são reais nem tampouco um objeto tangível, mas são imagens virtuais, efeito de uma ilusão de ótica, assim como o arco-íris, e ao mesmo tempo efeito de uma percepção subjetiva. A partir dessa ideia de Freud e utilizando como exemplo um experimento ótico conhecido⁷⁷, Lacan explica o processo psíquico que se dá no estádio do espelho. Este processo estabelece a primeira representação psíquica do eu, representação que está relacionada à imagem especular. A imagem especular é imaginária, diferenciando-se da imagem real, do que resulta que esta representação psíquica inicial do eu está sob uma prevalência da instância imaginária.

A partir do experimento ótico mencionado, Lacan estabelece uma metáfora entre a imagem virtual e não tangível formada - o vaso com as flores dentro - com a representação psíquica inicial do eu. No

atenção, do olhar do outro. A demanda coloca o demandante na posição de querer ser objeto de desejo do outro, de quem demanda algo. Em suma, a demanda é um pedido de amor e o passo inicial que conduz a criança de simples organismo à condição humana.

⁷⁷ Ver em Lacan (1986 [1953-1954]), *A tópica do imaginário*. In: *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Ver ainda Lacan (1998b [1949]), *O estádio de espelho como formador da função do eu*. In: *Escritos*.

experimento, a imagem que vemos no espelho não corresponde ao objeto real, correspondendo a uma representação psíquica de si imaginária. Segundo Lacan (1986 [1953-1954], p. 95), isso "nos permite ilustrar de uma forma particularmente simples" o resultado da imbricação psíquica entre o mundo imaginário e o mundo real. O mundo imaginário pode incluir o real e formá-lo; ao mesmo tempo, o mundo real pode incluir o imaginário e formá-lo. Na imagem especular, conforme apresentada no experimento mencionado por Lacan no texto acima citado, o vaso corresponderia ao corpo, objeto real que temos diante de nós, enquanto que as flores não são reais, mas imaginárias, frutos de uma ilusão. A imagem da totalidade do corpo - correspondente à imagem especular do vaso com as flores - dá ao sujeito um domínio ilusório do mesmo, numa antecipação ao acabamento do domínio psicológico. "O sujeito se vê, se reflete e se concebe como outro, que não ele mesmo" (LACAN, 1986 [1953-1954], p. 96).

Para que essa representação psíquica se dê tal como foi descrito, é preciso que o olho de quem olhe a imagem no espelho esteja numa certa posição, no interior do cone, o que corresponde ao olhar materno sobre o bebê, sujeito em constituição. Se o olho não estiver no lugar adequado, não poderá ver a imagem virtual, mas verá apenas o objeto real tal e qual, o vaso vazio. No caso do bebê, se a mãe não tiver essa capacidade de antecipação em relação à criança e não tiver o desejo que lhe possibilite criar uma imagem do bebê imaginário e idealizado, ela vai ver apenas um corpo, esvaziado de significados ou atributos, como uma massa de carne. A partir disso, Lacan (1986 [1953-1954]) diz que o sujeito se reduz a um olho, ou antes, ao que esse olho é capaz de ver; à forma como ele se coloca em relação ao sujeito.

A constituição do sujeito está relacionada, portanto, ao lugar que este ocupa no mundo simbólico do seu Outro primordial. Assim, "uma parte da realidade é imaginada, a outra é real e, inversamente, na medida em que uma é realidade, é a outra que se torna imaginária" (LACAN, 1986 [1953-1954], p. 100). Na metáfora associada ao experimento ótico, as flores correspondem aos desejos e objetos de desejo em relação ao sujeito. Ou seja, para que uma criança seja colocada no lugar de filho, é necessário que seja desejada com tal.

Tanto quanto o momento do parto não coincide com o nascimento do sujeito e o corpo orgânico não coincide com a imagem do corpo, a criança como tal não coincide consigo mesma, depende do Outro para transformar-se em filho, pois uma

criança se transforma em filho com o exercício da função paterna (nome do pai), que ensaja o funcionamento materno e seu desejo, instituindo uma trilogia cênica (LEVIN, 2001, p. 53).

É importante ressaltar que a função materna está associada ao desejo pela criança, não estando vinculada, necessariamente, à relação com a mãe biológica. O psicanalista Paul-Claude Recamier em 1950 utilizou o termo inglês *parenthood* para definir o investimento libidinal de ambos os pais em seus filhos, processo que se inicia antes mesmo do nascimento do bebê. Esse conceito foi introduzido na França com o nome *parentalité* e, posteriormente, Recamier propôs outros dois termos associados, *paternalité* e *maternalité*, para designar os investimentos psicoafetivos da mãe e do pai, que se desenvolvem e se integram por ocasião da maternidade (VIDIGAL e TAFURI, 2010). Esses termos, no Brasil ficaram conhecidos como parentalidade, paternalidade e maternalidade, respectivamente. Esses neologismos e seus conceitos chamam a atenção para os investimentos libidinais necessários ao desenvolvimento do futuro sujeito e ao mesmo tempo desvinculam a maternidade e a paternidade do fator biológico. "A noção de parentalidade surgiu a partir de uma ideia estruturante: tornar-se pai não é algo dado biologicamente, não se trata de uma herança genética" (VIDIGAL e TAFURI, 2010, p. 67). Portanto, a função materna, assim como a função paterna, são funções exercidas por adultos tutelares que podem ser, indistintamente, mãe e pai biológicos, adotivos, parentes, cuidadoras ou cuidadores, com posições intercambiáveis entre homens e mulheres. As funções materna e paterna vão muito além dos papéis de mãe e pai. Por papéis entendemos as atribuições socialmente estabelecidas para as figuras dos genitores, relacionadas a normas, cada vez mais controladas pelo Estado, ao passo que a função materna e a função paterna estão intrinsecamente relacionadas ao desejo de cada um e à forma como lidam com sua castração simbólica.

Para o adulto que exerce a função materna, o desejo pela criança confere a esta um lugar diferenciado, que propicia tanto os cuidados físicos necessários quanto o investimento afetivo e libidinal no bebê, criando uma ilusão de completude. Aspectos conscientes e inconscientes, relacionados ao desejo pelo filho, fazem com que se estabeleça um jogo inter-relacional favorável ao seu desenvolvimento e à sua constituição, enquanto sujeito de desejo. Uma vez que o bebê ocupe este lugar no desejo do seu Outro primordial - aquele que exerce a função materna - ele é antecipado como sujeito, colocado nessa

condição antes mesmo que assim se constitua. Imaginariamente, a mãe acha que este a completa, faz dele interlocutor e se identifica com o filho. Para Levin (2001, p. 63), "a mãe imaginária será quem se reconhecer no corpo de seu filho e no seu funcionamento maternal (cuidados, ajuda, apoio, decodificação, dedicação, etc.)."

O adulto que exerce de forma adequada a função materna cria uma imagem do bebê e de suas capacidades, que está além do corpo orgânico da criança, numa antecipação desta como sujeito. Conforme Laznik (2004), o objeto real, "fazendo um" com a imagem criada pelo olhar da mãe, vai dar lugar à constituição da imagem corpórea originária, o corpo erotizado do bebê. Ou seja, a partir da ilusão antecipatória da mãe, se dá a constituição da imagem corporal originária.

Minha hipótese é que esta unidade, esta imagem corporal originária, só pode se formar no olhar do Outro. Mas para isso é preciso que o aparelho psíquico da mãe seja capaz da ilusão antecipadora, quer dizer, que ela veja o que não está lá (LAZNIK, 2004, p. 45).

Especialmente no primeiro ano de vida, a criança necessita de um contato contínuo com um cuidador permanente - a mãe ou substituta – que possa favorecer uma relação afetiva, por quem o bebê desenvolva apego. A partir dessa relação, os vínculos iniciais construídos lhe servirão de base ao processo de subjetivação, na sua constituição psíquica e às suas relações objetivas futuras.

Após alguns meses de vida do bebê, é necessário e importante que ocorra uma mudança na relação dual até então estabelecida entre mãe e filho, início da separação, que vai permitir que o pai se introduza de forma mais marcante na relação entre mãe e filho; ou seja, vai possibilitar que a relação entre mãe e filho seja mediada por um terceiro, o que só pode ocorrer com o consentimento desta. Uma vez que a mãe se reconheça não só como mãe, mas também como mulher, seu desejo estará voltado para outro, que não o bebê, o que a tira da condição de mãe-toda⁷⁸. "A premissa materna terá de admitir que amar um filho é certamente abrir mão dele" (LEVIN, 2001, p. 58). O processo de separação da díade mãe/filho possibilita que a criança passe a ter

⁷⁸ Termo usado para designar a mãe que permanece na ilusão de que o filho a completa após os primeiros meses de vida deste, não permitindo a entrada de um terceiro na relação e aprisionando o filho ao seu desejo.

existência simbólica própria, tornando-se potencialmente capaz de ser sujeito de sua história de vida.

O pai é introduzido na relação com a criança, pela mãe, através da linguagem, na posição de mediadora da palavra do pai, possibilitando o exercício da função paterna, uma relação triangular, num jogo de desejos dos elementos da tríade. Dessa forma, se produzem efeitos da linguagem sobre o biológico, o que possibilita à criança acesso à condição de desejante. O filho deixa de ser uma extensão do organismo da mãe, deixa de ter uma causação puramente biológica, adquirindo uma representação simbólica nos psiquismos dos pais. Só assim torna-se possível a desnaturalização do ser humano e sua entrada no simbólico.

No pai, estão reunidos o pai simbólico, o pai real e o pai imaginário.

Na trilogia familiar, o pai imaginário será quem, em relação a seu filho, se reconheça nele como pai (independentemente da herança biológica). [...] Será o pai simbólico, o pai como nome (o nome do pai), quem por via materna introduzirá a lei de alianças e, com ela, as diferenças, a circulação fálica e as articulações da linhagem. O pai real instala-se para o filho quando como homem deseja uma mulher.

O filho-criança tem um pai real quando este reconhece uma mulher como a causa de seu desejo.

Se, para o filho, uma mulher causa o desejo de seu pai, este pai real é agente do limite, da castração, enquanto mantém o enigma do gozo do homem pela mulher, e contém o que é impossível saber e dizer (LEVIN, 2001, p. 59-60).

Esse entendimento da psicanálise em relação à constituição do sujeito enfatiza a importância do contexto cultural e social, nesse processo. Freud (1996 [1933], p. 207) afirma que “as modificações psíquicas que acompanham o processo de civilização são notórias e inequívocas”. Ao mesmo tempo, o processo de constituição do sujeito aponta para a importância do desejo da mãe (ou cuidador/a) em relação ao filho.

Na mãe simbólica, o que está em jogo em princípio não é o "desejo de filho", mas o desejo

de ser mãe que funda a posição terceira, dando acesso ao dizer paterno. Entre ela e o filho se localiza o pai, intercedendo e mediando nesse relacionamento (LEVIN, 2001, p. 63).

É importante que exista certa ambivalência no desejo de ter um filho e dele se ocupar, o que vai propiciar a separação da dupla mãe/criança, no momento adequado, assim como a entrada de um terceiro na relação. Isso implica em que a mãe não se verá apenas como mãe, mas também como mulher. Para isso é necessário, ainda, que a mãe tenha aceitado a própria castração na sua passagem pelo Édipo, de forma que possa introduzir o pai na relação com a criança. Caso contrário, ela não permitirá a entrada de um terceiro na relação, mantendo uma relação dual e de alienação com o filho. Permanecerá numa relação imaginária, colocando a criança como aquilo que a completa, sem possibilidade de passar à posição de mãe simbólica.

7 PSICANÁLISE E ESTUDOS DE GÊNERO

Já na época em que Freud começou a elaborar sua teoria da sexualidade, foi alvo de críticas por atribuir à criança uma atividade sexual e por justificar práticas sexuais que se desviavam da finalidade reprodutiva, utilizando, para obtenção de prazer, outras partes do corpo que não os genitais. Posteriormente, numa época em que as discussões em torno da feminilidade e de direitos igualitários para homens e mulheres se tornaram cada vez mais frequentes, Freud foi igualmente criticado por feministas pela forma como teorizou a construção da sexualidade feminina. Tais críticas se referem a sua visão falocêntrica, de acordo com a qual, para explicar a sexualidade feminina tomou como modelo o sexo masculino, a partir do pressuposto da inveja do pênis e do sentimento de inferioridade da menina. Além disso, também são criticadas as referências de Freud (1996 [1925; 1933]) a atributos que caracteriza como femininos, a exemplo da formação de um superego menos exigente na menina que no menino e uma menor capacidade de sublimação das mulheres comparativamente à dos homens, em decorrência da vivência prolongada do Édipo nas meninas.

Alegando que Freud atribuiu um caráter universal a uma situação particular específica de uma sociedade patriarcal e machista, Badinter (1985), entre outras, coloca-se contrária à visão essencialista de um ideal de mulher e compara Freud a Rousseau, considerando a ambos como propagadores da naturalização e normatização desse modelo estereotipado de "natureza feminina". Segundo esta autora, ao validar esse discurso, ambos reforçam seu poder de verdade. Em relação a Freud, Badinter (1985) afirma que este justifica a condição da mulher por meio das circunstâncias que a produziram.

Assim fazem Rousseau e Freud, que elaboraram ambos uma imagem da mulher singularmente semelhante, com 150 anos a separá-los: sublinham o senso de dedicação e do sacrifício que caracteriza, segundo eles, a mulher "normal". Fechadas nesse esquema por vezes tão autorizadas, como podiam as mulheres escapar ao que se convencionara chamar de sua "natureza"? Ou tentavam imitar o melhor possível o modelo imposto, reforçando com isso sua autoridade, ou tentavam distanciar-se dele, e tinham de pagar

caro por isso. Acusada de egoísmo, de maldade, e até de desequilíbrio, àquela que desafiava a ideologia dominante só restava assumir, mais ou menos bem, sua "anormalidade". Ora, a anormalidade, como toda diferença, é difícil de se viver. As mulheres submeteram-se portanto silenciosamente, algumas tranquilas, outras frustradas e infelizes (BADINTER, 1985, p. 238-239).

Apesar dos pontos obscuros na sua construção teórica, não se pode, no entanto, negar os avanços de Freud em relação à desconstrução da naturalização da maternidade e de uma essência feminina, na medida em que desvincula o desejo de ter filhos de uma determinação biológica feminina, assim como a capacidade de cuidar da criança. Nesse sentido, Freud (1996 [1931b]) deixou claro que a possibilidade e a atribuição de cuidar do filho, associada à condição da mulher, não é exclusivamente nem necessariamente decorrente dessa condição, mas antes uma instituição cultural. "Em espécies animais bem superiores, verificamos que ambos os sexos dividem entre si o trabalho de cuidar do filhote, ou que o próprio macho, sozinho, dedica-se a essa tarefa" (FREUD, 1996 [1933], p. 115-116).

O fato de Freud (1996 [1933]) ter atribuído o desejo de ter filhos como algo muito precoce e próprio à menina pré-ediapiana, desejo este, segundo ele, decorrente de uma identificação com a mãe, também é criticado por feministas. É criticada principalmente a associação feita pela psicanálise entre a construção da feminilidade e o desejo de filhos, sem o que restaria à menina a escolha por uma sexualidade masculina ou, como uma terceira possibilidade, a repulsa e inibição da vida sexual⁷⁹.

O cerne da discussão teórica entre as feministas e a psicanálise, ainda na época em que Freud elaborava a teoria da sexualidade, era a importância central, atribuída por ele, ao complexo de castração para a constituição psíquica, "especialmente em sua versão feminina (a inveja do pênis)" (LAGO, 2010, p. 289), o que veio a provocar uma divisão também entre os psicanalistas. Conforme Freud, e na releitura que

⁷⁹ Segundo o psicanalista Paulo Roberto Ceccarelli (2010, p. 276), o desejo de ter filhos "não é um desejo masculino ou feminino", seria, antes, "um desejo humano." O autor se reporta ao caso de Thomas Beatie, transexual que, após fazer várias cirurgias para ter uma aparência física masculina, mas tendo mantido os órgãos reprodutores femininos, movido pelo desejo de ter filho e diante da impossibilidade de sua esposa de engravidar, suspendeu o uso de testosterona e conseguiu seu intento.

Lacan fez da sua obra, o complexo de castração se dá em torno do valor imaginário atribuído ao pênis, que assume, para ambos os sexos, lugar de significante único na constituição da sexualidade - significante fálico.

Alguns psicanalistas contestam essa construção teórica, entendendo-a como uma atribuição de inferioridade à menina em relação ao menino, expressão de uma mentalidade machista. Esta contestação é criticada por Silvia Tubert (1995), para quem, ao questionar o valor simbólico do significante fálico, tais teóricos deixam de lado a valoração simbólica e fálica atribuída ao pênis, que diz respeito à falta inerente a todos os humanos, para considerar o próprio órgão. E, conseqüentemente, estariam considerando a formação anatômica como determinante na definição das posições de feminilidade e masculinidade. Recaem, assim, em uma visão biologizante. Dessa forma, estariam deixando de considerar a importância dos conflitos internos inconscientes decorrentes da repressão dos desejos infantis e a importância do inconsciente na constituição da sexualidade, atribuindo maior valor à realidade concreta.

[...] creo que es posible generalizar la observación de que cada vez que las feministas o los psicoanalistas trataron de librarse de la referencia fálica, por rechazar el orden en que éste se inscribe, de una u otra manera han ténido que descartar la teoria del inconsciente o de la división del sujeto psíquico resultante de la represión, que van asociadas a la concepción psicoanalítica de la sexualidad (TUBERT, 1995, p. 31).

Teóricos que contestam a importância do complexo de castração na constituição da sexualidade alegam - como Melanie Klein, Ernest Jones e outros que os seguiram - que a menina ainda muito pequena já teria um conhecimento e uma percepção sensorial da própria vagina, conhecimento que teria importância para a constituição da feminilidade, deslocada, assim, para a fase pré-edípica. Algumas feministas, embasadas em teóricos da psicanálise que dão grande ênfase à relação pré-edípica da menina com a mãe, em detrimento da passagem pelo Édipo, desconsideram a importância deste último e do complexo de castração, ao qual está diretamente relacionado. No entanto, conforme Freud e Lacan, tanto a fase pré-edípica como a passagem pelo Édipo são importantes e relacionadas à constituição da feminilidade.

Em relação a essa questão, devemos ainda levar em consideração que, para tentarmos entender como se constitui a feminilidade, é necessário, inicialmente, procurar compreender como se dá a diferenciação sexual a partir de critérios não anatômicos, sem o que nos colocaríamos em uma posição de naturalizar a sexualidade humana. Para Tubert (1995), ignorar o valor simbólico e fálico atribuído ao pênis pela explicação freudiana e considerar, em contraposição, um conhecimento prévio da vagina e sensações dela oriundos, corresponderia a adotar um dualismo sexual e conseqüentemente uma posição essencialista, atrelando a constituição da sexualidade ao sexo anatômico. Para esta autora, assumir tal posição seria, ainda, desconsiderar toda a significação simbólica de que é revestida a sexualidade humana, o que faz com que o sexo anatômico nem sempre coincida com a identidade psíquica e a vivência sexual do indivíduo.

Existem diferentes formas de pensar o feminismo, que vem assumindo diferentes configurações ao longo do tempo, o que leva Tubert (1995, p. 8) a afirmar: “Asimismo, huelga decir que sería más correcto hablar de *feminismos*⁸⁰ que de feminismo, dada la diversidad de concepciones, incluso antagónicas, que se han desarrollado en su seno.”

No final do século XIX e início do século XX, com a intensificação dos discursos em torno da sexualidade e das relações entre homens e mulheres, as reivindicações das mulheres por igualdade de direitos tornaram-se mais intensas. Segundo Mara Lago (2010), inicialmente e até o entre guerras, por serem associados às reivindicações políticas de igualdade de direito e cidadania, à questão do sufrágio universal, esses movimentos foram caracterizados como os *feminismos da igualdade*. Posteriormente à segunda guerra mundial e especialmente a partir da década de 60, obtido pelas mulheres o direito ao voto, com a eclosão da chamada segunda onda do feminismo, surgiram, junto aos feminismos igualitários, os *feminismos das diferenças*. Estes, além de continuarem reivindicando igualdade, ressaltavam as diferenças constitucionais entre homens e mulheres, diferenças essas que deveriam ser valorizadas. Com os *feminismos das diferenças* surgiram ainda outras formulações teóricas e outras críticas em relação à psicanálise e seu corpo teórico, como as críticas à teoria do monismo sexual freudiano.

Simone de Beauvoir (1949) causou grande repercussão entre as feministas com seu livro *O segundo sexo*, (ROUDINESCO e PLON, 1998), no qual criticou Freud por estabelecer a construção da

⁸⁰Grifo da autora.

feminilidade a partir do homem, com as mulheres em posição de inferioridade. Crítica feita não só em relação à construção da sexualidade feminina, como à posição social que lhes era imposta. Seu livro "foi tomado como emblema de uma sexualização do feminismo e contribuiu, exagerando as ideias de sua autora, para o surgimento, nos Estados Unidos, de um feminismo sexista e diferenciatório" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 155). Ainda conforme Roudinesco e Plon (1998), Simone de Beauvoir expressava compartilhar o posicionamento da escola inglesa de psicanálise, representada por Melanie Klein e Ernest Jones, em relação ao dualismo sexual, ao mesmo tempo em que fazia uma crítica política e ideológica relativa à situação da mulher numa sociedade patriarcal. Beauvoir "afirmou a existência de um segundo sexo, diferente do primeiro, tanto pela anatomia quanto pela implicação social dessa anatomia. [...] A seu ver, a questão feminina não era assunto das mulheres, mas da sociedade dos homens, a única responsável, em sua opinião, pela submissão a ideais masculinos" (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 154).

Beauvoir associou ainda a sexualidade à emancipação feminina, enfatizando que havia diferentes formas de ser mulher, relacionadas aos grupos sociais de pertença. A discussão que confrontava feminismo e psicanálise foi levada ao campo dos estudos de gênero. Estes englobam um olhar crítico e um posicionamento político referente à relação homem/mulher.

Nos anos 60, nos Estados Unidos, de acordo com Lígia Amâncio (2001), o termo gênero passou a ser utilizado com sentido distinto de indicativo de sexo, como até então era usado. O termo foi "empregado como conceito pela primeira vez em 1964, por Robert Stoller" (ROUDINESCO e PLON, 1998). Esse novo sentido atribuído à palavra surgiu a partir da constatação, através de estudos psiquiátricos, da existência de certos indivíduos que não se identificavam e não se reconheciam em conformidade com seus caracteres sexuais. Tal como passou a ser empregado, o termo vinha designar os sentimentos, comportamentos e fantasias que, embora relacionados à sexualidade, não eram condizentes com o sexo biológico desses indivíduos. Robert Stoller estabelecia uma distinção entre sexo e gênero, associando este a fatores culturais. Enquanto o sexo fazia parte do campo de estudo da biologia, o gênero surgia como uma nova área de conhecimento a ser estudada pelas ciências humanas e sociais. Dessa forma, o termo gênero adquiriu um sentido específico diferente daquele que até então lhe vinha sendo dado, indicativo do sexo (masculino ou feminino), e passou a ser

utilizado para marcar os aspectos relacionais da constituição cultural de homens e mulheres.

Esse novo significado para a palavra passou a ser utilizado pelos estudiosos que discordavam de uma visão essencialista que sustentava o discurso vigente na sociedade e no meio científico da época, patriarcal e machista, e os estudos feministas passaram a utilizar essa nova nomenclatura, buscando chamar a atenção para a condição de inferioridade, subordinação e invisibilidade em que a mulher era colocada na sociedade. Procuravam contrapor à visão naturalista e biologizante argumentos que chamavam a atenção para aspectos culturais que estariam associados à condição de subordinação em que as mulheres viviam, ao mesmo tempo em que reivindicavam para elas direitos e oportunidades iguais às dos homens.

Conforme Ceccarelli (2010), atualmente a palavra gênero é utilizada por diversas áreas de conhecimento.

Por exemplo, a antropologia nos mostra que as noções de gênero, das diferenças sexuais anatômicas, a criação simbólica do sexo, o modelo do masculino e do feminino devem ser compreendidos como uma criação própria a cada cultura. Nas relações psicossociais ou interpessoais o gênero é um modo de organização de modelos que são transmitidos aos indivíduos, e através dos quais as estruturas sociais e as relações entre os sexos se estabelecem: a divisão de trabalho, as relações de poder entre homens e mulheres, que determinam tanto os processos de subjetivação e de socialização quanto as interações sociais (CECCARELLI, 2010, p. 270).

A psicanálise foi construída a partir do interesse pelo desejo inconsciente e pelo papel da sexualidade na constituição do sujeito. De acordo com seu objeto próprio de estudo, não questiona a realidade concreta do sujeito e de suas diferenças individuais relativas a origem, etnia, sexo, condição social, relações de poder, mas releva a importância e eficiência simbólica desses marcadores em sua organização psíquica. A teoria elaborada por Freud destaca a questão da diferenciação sexual, em indivíduos inicialmente dotados de uma bissexualidade comum a todos os humanos. Diferentemente dos feminismos, que lutam por diminuir as desigualdades de direitos, a psicanálise não se constitui como um discurso político, mas estuda, a partir da prática clínica, a

constituição do sujeito e seu funcionamento psíquico, sob efeito da cultura, sem atribuir-lhe uma valoração (TUBERT, 1995). Trata-se, portanto, de um conhecimento de outra ordem, ao qual foge a crítica feita por autores que alegam que falta à psicanálise uma análise crítica das relações estabelecidas na sociedade e na família, entre homens e mulheres. Tais críticas e reflexões são apropriadas aos estudos de gênero, que tomam como uma de suas finalidades a superação das desigualdades.

A psicanálise não se construiu [...] como uma reflexão crítica sobre a estrutura patriarcal da sociedade e da família. Suas perguntas eram outras e suas concepções se elaboraram dentro destas estruturas do pensamento ocidental patriarcal, em que a categoria "homem" equivale à humanidade, englobando a categoria mulher subsumida neste sujeito genérico homem (no entanto, para esse corpo teórico, não mais o sujeito racional, mas o sujeito do inconsciente, sujeito do desejo) (LAGO, 2010, p. 288-289).

No uso genérico do termo "homem" para referir-se a toda humanidade, visto como sinal da organização social e da estrutura do pensamento patriarcal que coloca a mulher em um lugar de submissão, situa-se mais uma crítica de algumas feministas, à psicanálise (LAGO, 2010).

A questão da feminilidade é um dos temas cruciais para a psicanálise. Tanto a teoria psicanalítica como os diferentes feminismos colocaram-se de forma crítica frente ao pensamento vigente na época de seu surgimento. Da mesma forma, voltam seus interesses para a questão da diferenciação sexual a partir de outros fatores que não o sexo anatômico. No entanto, enquanto a psicanálise relaciona essa questão a identificações inconscientes que dizem respeito a uma ordem simbólica transmitida pela linguagem, sem atribuir valorações às diferentes formas como se apresenta e é vivenciada a sexualidade, os estudos feministas buscam concretamente dentro da ordem social uma possível causa para as relações de poder/submissão estabelecidas entre homem/mulher, masculino/feminino. Dessa forma, as confrontações entre posicionamentos teóricos da psicanálise, movimentos e teóricas feministas tornam-se inevitáveis. A psicanálise sofre uma forte rejeição e críticas generalizadas por parte de feministas que alegam ser ela uma construção patriarcalista e misógina, que coloca a mulher em condição

de inferioridade, desde a infância até a maturidade. Sobre o assunto, e levando em conta o movimento "sexista e diferenciatório" que algumas feministas adotaram,

[...] os trabalhos mais interessantes no campo dos *gender studies* não foram produzidos pelos adeptos de uma concepção radical da diferença sexual, mas por historiadores ou filósofos mais moderados, que hora estudaram a construção da noção de gênero e de sexo na obra de Freud, hora estudaram um objeto (período, texto literário, acontecimento) a que o gênero pudesse ser aplicado (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 292).

Analisando as relações de algumas teóricas feministas com a teoria psicanalítica, Lago (2010b) ressalta a importância de Juliet Mitchell para a difusão da psicanálise na releitura de Lacan, entre teóricas feministas de língua inglesa. Na condição de teórica feminista e psicanalista, em sua obra Mitchell traz os conceitos fundamentais da psicanálise através da releitura que Lacan fez da obra de Freud, ao mesmo tempo em que enfatiza a importância desses conceitos e da sexualidade, para as teorias feministas. Mitchell procurou retratar Freud como um

[...] teorizador *de e sobre* uma sociedade patriarcalista, e não como defensor ou promotor do sistema patriarcal da sociedade que analisa. Nesse sentido, segundo ela, as teóricas feministas teriam mais ganhos em utilizar suas contribuições, que em descartá-las (LAGO, 2010b, p. 196).⁸¹

Ainda em relação a Mitchell, no que diz respeito à análise crítica das discussões de teóricas feministas com a psicanálise, Roudinesco e Plon (1998) afirmam que

Juliet Mitchell apoiou-se implicitamente na obra de Lacan - e nos comentadores dele - para efetuar uma espécie de "retorno a Freud". Tratava-se de mostrar que Freud, longe de haver aderido aos ideais do patriarcado, fornecera os instrumentos teóricos para nos desligarmos deles, e que Lacan,

⁸¹ Grifos da autora.

mesmo permanecendo submetido ao falocentrismo freudiano, fornecia os meios para sairmos deste através de sua crítica ao biologismo (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 156).

Tubert (1995) considera de grande importância a formulação feita por Freud, ao colocar o falo como elemento único e central na constituição da sexualidade, tanto de meninos como de meninas. A partir da releitura lacaniana da obra de Freud, em que se utilizou da linguística, ficou mais claramente estabelecida a referência fálica e a proibição ao incesto em sua dimensão simbólica, que se transmite pela linguagem. Ao dar primazia ao papel da linguagem e aos seus efeitos de ordem simbólica produzidos pelo significante na constituição do sujeito e sua sexuação, Lacan desloca definitivamente a questão da diferenciação sexual para a dimensão simbólica, desprendendo-se dos aspectos da realidade. As identidades sexuais, dessa forma, sejam masculinas ou femininas, são fictícias e subordinadas a uma ordem simbólica, não tendo em si nada de natural. Para Tubert (1995), alegar uma “verdadeira feminilidade” pré-edípica anterior à entrada no simbólico e, portanto, livre de influências culturais, seria colocar-se numa posição naturalizante e essencialista frente à sexualidade. E apesar da importância das relações precoces da menina com sua mãe, na fase pré-edípica, esse período e o Édipo, assim como as relações e identificações que neles se estabelecem, não são excludentes, mas se superpõem. Ao mesmo tempo, não há como evitar que a criança se identifique com os seus cuidadores, assumindo valores e ideais “herdados”.

Com esse entendimento, Lacan deslocou a questão de uma relação objetal para uma dimensão simbólica e Tubert (1995) critica as feministas que ignoram essa dimensão simbólica e histórica da construção freudiana. Para a psicanálise, a passagem pelo complexo de castração, associado ao Édipo, é de fundamental importância na constituição da sexualidade humana e a autora argumenta que a não aceitação dessa questão leva inevitavelmente, as feministas que assim se posicionam, a uma naturalização da sexualidade. Ao criticar a construção da masculinidade e da feminilidade a partir do falo na sua dimensão simbólica, muitos/as teóricos/as feministas e psicanalistas que se posicionam contrariamente às concepções de Freud atribuem uma

sexualidade própria e inata às mulheres⁸². Assim, a autora afirma que, ao defenderem a existência de um dualismo sexual, alguns psicanalistas críticos de Freud retrocederam a um biologismo e a uma teoria essencialista da feminilidade. Diante dessa contestação, não haveria outra possibilidade a não ser considerar a sexualidade como algo já dado, anatomicamente determinado.

Ainda segundo Tubert (1995), masculinidade e feminilidade são termos relacionais, não sendo possível isolá-los para estudar a feminilidade "em si mesma".

[...] estos autores centraron la discusión en la naturaleza de la sexualidad femenina "en sí mesma", estudiándola como algo aislado, dado, independiente de la operación simbólica de división que la crea, y buscaron esclarecer *qué és* la mujer, lo que los condujo a posiciones esencialistas y naturalistas, de las que Freud habia intentado explícitamente apartar ao psicoanálisis. [...] Así, por ejemplo, Karen Horney habló del "principio biológico de la atracción heterosexual"; Melanie Klein sostuvo que, debido a su sexualidad femenina "primordial", la niña tiene un conocimiento inconsciente de la vagina; Ernest Jones afirmó [...] la existencia de una feminidad primaria de la niña, basada en su sexo biológico (TUBERT, 1995, p. 12-13).

Tubert (1995) entende que a sexuação se dá associada a uma cena subjetiva complexa e que engloba múltiplos fatores, na qual a passagem pelo Édipo tem um papel fundamental, não apenas associado a uma diferença anatômica ou a uma atribuição sociológica de gênero. A autora critica os que reduzem a relação edípica à ordem da realidade, associada a uma presença mais ou menos constante dos genitores, sem levar em conta seus aspectos simbólicos, contrapondo aí duas posições. De um lado, aqueles que tentando desprender-se do falocentrismo, consideram que a feminilidade se coloca além da ordem simbólica,

⁸² O debate sobre a sexualidade feminina dividiu o movimento psicanalítico a partir de 1920. No período de entre-guerras muitas mulheres passaram a assumir posições de destaque no meio profissional e intelectual, inclusive como psicanalistas. A partir daí surgiram divergências teóricas em relação ao monismo sexual fálico proposto por Freud, estas acirradas pelos movimentos feministas que vinham ganhando espaço nos meios intelectuais. A constituição da feminilidade em torno do representante fálico era vista por feministas que discordavam de Freud como uma visão patriarcal e machista (ROUDINESCO E PLON, 1998).

fálica e da linguagem, retornando assim ao essencialismo. Do outro lado, aqueles que sustentam a prevalência do simbólico, mas defendem a ideia do androcentrismo como necessário e única forma possível, devendo ser considerada universal. Sobre este posicionamento, afirma que o falocentrismo é uma modalidade de ordem simbólica, mas não a ordem simbólica por excelência. A autora considera que este novo entendimento dá maiores possibilidades de avanços na teorização sobre a diferenciação sexual, levando em consideração a multiplicidade e diversidade de práticas e discursos que se entrecruzam, tais como classe social, etnia, grupo linguístico, orientação sexual, entre outros.

Tubert (1995) atribui alguns posicionamentos adotados por feministas às diferentes formas que a psicanálise foi assumindo após a morte de Freud. Levada para os Estados Unidos, a psicanálise sofreu alterações estruturais, de forma a adaptar-se ao modo de vida americano, fortemente marcado pelo pragmatismo e pelo positivismo. Com isso surgiram as chamadas psicologias do ego⁸³, que se distanciaram dos conceitos fundamentais e do objeto da psicanálise, o inconsciente. Contrapondo-se à psicanálise freudiana, as psicologias do ego concebem que o eu assume o comando consciente das escolhas e sentimentos, relegando o inconsciente a mera posição tópica, na medida em que partem do pressuposto da existênciapossível de um eu plenamente consciente e independente, que funcionaria a partir da racionalidade e juízo crítico. Segundo Tubert (1995), ao considerarem que as desigualdades de direitos se resolveriam por uma oposição deliberada às normas vigentes, as psicologias do ego levariam à desconsideração dos conflitos inconscientes, atribuindo exclusivamente a causas externas a ausência de relações igualitárias entre homens e mulheres.

Embora historicamente sempre tenha existido uma limitação às atividades das mulheres imposta pelas normas sociais, tanto no aspecto do exercício da sexualidade como em relação às opções de vida, a constituição das subjetividades se dá pela transmissão dessas normas e valores através das gerações. Portanto, o lugar em que as mulheres se colocam na sociedade e em relação ao outro, não diz respeito apenas a questões conscientes e a uma postura de oposição ou deliberadamente crítica, mas esbarra na constituição subjetiva, inevitavelmente conflitiva e impregnada pelo imaginário e pelos valores socialmente transmitidos.

⁸³ Para o aprofundamento sobre o assunto ver BARATTO, Geselda; AGUIAR, Fernando. A "psicologia do ego" e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. *Revista de Filosofia*, v.19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.

Há, portanto, "a emergência de um sujeito alteritário contrapondo-se a um sujeito não alteritário" (BIRMAN, 1997, p. 31).

Considerar um desejo "verdadeiramente" feminino (ou um "verdadeiro" e "legítimo" desejo sexual, independentemente do sexo anatômico ou identidade sexual), que teria sido "esquecido" pela pressão social, seria ignorar a importância do simbólico e os lugares simbólicos atribuídos a cada um. O que não significa dizer que não se deva procurar fazer uma reflexão crítica a respeito das normas e lugares indicados a cada sexo, mas sim que a questão das diferenças nas relações entre homens e mulheres não podem ser atribuídas exclusivamente a causas externas. Esta reflexão deve ser voltada igualmente ao interior de si, possibilitando novos entendimentos dos próprios comportamentos e lugares ocupados. Este lugar não diz respeito apenas ao que é indicado, mas ao que nós próprios nos dispomos a ocupar, portanto, só a partir da compreensão de que estamos assujeitados ao desejo do outro poderá haver uma mudança e uma oposição verdadeiras às normas culturais que estabelecem posições desiguais para homens e mulheres na sociedade.

Da mesma forma, o desejo de ser mãe, considerado por alguns autores como uma imposição social que, não atendida, impossibilitaria a realização plena da mulher, deixa de levar em conta o desejo de cada uma em particular, procurando enquadrar todas as mulheres em um determinado grupo, no qual seriam "forçadas" a aceitar a maternidade, conforme o modelo patriarcal. A constituição do sujeito se dá pelo Outro, passa pelo social, no qual está imbricada a maneira como são definidos os padrões de masculinidade e feminilidade. Muitas mudanças já ocorreram em relação aos papéis a serem desempenhados por homens e por mulheres, assim como em relação aos conceitos de masculinidade e feminilidade. Dessa forma, os estudos de gênero e as discussões levantadas pelos movimentos feministas não deixam de ter repercussões no ideal de eu com o qual as mulheres se identificam e também na sua relação com a maternidade. Em decorrência das mudanças operadas na sociedade, se hoje grande parte das mulheres ainda anseia por ter filhos, ser mãe não mais se constitui como seu objetivo único de vida. As mulheres vêm exercendo outras atividades fora do ambiente doméstico e, cada vez mais, tornar-se mãe tem sido uma opção, embora ainda possa pesar sobre as cabeças das mulheres a cobrança em relação à maternidade e aos cuidados com os filhos, de acordo com um modelo de mãe idealizado.

Birman (2001), em *Gramáticas do erotismo*, situa historicamente as condições em que surgiu a psicanálise, ao mesmo tempo em que revê os paradigmas vigentes e conceitos relacionados à diferença sexual,

desde a Antiguidade, e o lugar atribuído à mulher e ao feminino no contexto social, no Ocidente. Esse autor considera relevante analisar as condições de possibilidade da construção dos conceitos, tendo em conta as condições históricas, sociais e momento político em que surgiram os diferentes discursos.

Comparada ao homem, tomado como modelo universal de perfeição, e a partir da existência de um único sexo, na Antiguidade a mulher era considerada hierarquicamente inferior e constituída pela falta (BIRMAN, 2001). Falta das condições ideais para o completo desenvolvimento do ser, que uma vez presentes, resultariam no homem. O erotismo era considerado parte importante da existência de todos, tanto homens como mulheres, e valorizado. Embora a transmissão da vida se desse por obra do homem, para que ocorresse a procriação seria necessário que a mulher tivesse o orgasmo⁸⁴.

Pelo estudo da anatomia e biologia na Idade Moderna, não era mais possível a afirmação de que homens e mulheres se originavam de um sexo único. No entanto, com respaldo do discurso científico, a condição biológica passou a ser considerada como determinante da finalidade de cada um, de seu papel social, assim como associada a características morais, intelectuais e psicológicas, mantendo o poder e a posição hierarquicamente superior do homem em relação à mulher. A mulher contribuía com a sociedade através da procriação e educação dos filhos, reproduzindo o modelo patriarcal vigente. Sob a influência do cristianismo, fora estabelecida uma dicotomia entre o erotismo e a função reprodutiva, nas mulheres consideradas virtuosas, entre maternidade e desejo. O erotismo passou a ser visto como pecado e considerado próprio apenas às mulheres que se desviavam de suas funções naturais de procriação e educação dos filhos, ao passo que no homem era reconhecido e legitimado, lado a lado com sua função reprodutora. Assim, a mulher estava situada em um dos dois polos opostos: o do erotismo, que implicava em uma demanda sexual desmesurada, constituindo-se um risco para a ordem social, numa posição anticivilizatória, ou o da maternidade, constituindo-se como agente do processo civilizatório através da educação dos filhos. Concordando com Badinter (1985), Birman (2001) afirma que, diante disso, não é difícil entender como a construção da identidade feminina passava pela maternidade. "Além disso, pode-se depreender também, sem muita dificuldade, como a procriação se transformou num desejo

⁸⁴ Para maiores informações sobre essa questão, ver LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero, dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

fundamental, de maneira que, se não existisse, a figura da mulher poderia enlouquecer de maneira convulsionária, pela histeria” (p. 88).

Birman (2001) chama a atenção para os paradoxos de Freud ao construir a teoria da sexualidade e em seus conceitos psicanalíticos referentes ao processo de subjetivação e constituição da mulher e da feminilidade, numa clara demonstração de que não conseguiu se desvincular totalmente do pensamento vigente, na época. Tendo iniciado sua prática médica "no campo da neuropatologia", tendo sido aluno de Charcot, Bernheim e tendo trabalhado conjuntamente com Fliess, "as marcas do paradigma da medicina somática e da anatomoclínica eram bastante poderosas no pensamento de Freud" (BIRMAN, 2001, p. 151). No entanto, na construção da psicanálise, desvinculou a histeria da possibilidade de degeneração, atribuindo-lhe uma etiologia sexual, colocando a sexualidade a serviço da obtenção de prazer, em detrimento da finalidade reprodutiva, devolvendo à mulher sua condição de ser erotizado, e atribuindo à criança uma sexualidade própria. Para o autor, ao mesmo tempo em que Freud quebrou o paradigma então vigente, efetuou um retorno à Antiguidade ao defender a ideia de um monismo sexual.

Outro ponto para o qual Birman (2001) chama também a atenção é o fato de Freud explicar o Complexo de Édipo na menina a partir do modelo masculino. Dessa forma, assim como na Antiguidade, o homem era tomado como o ideal a partir do qual o ser da mulher poderia ser compreendido "por uma especulação em relação ao do homem. Seria por comparação e até mesmo por subtração que o ser da mulher poderia ser elucidado a partir da condição masculina" (BIRMAN, 2001, p. 181). Ou seja, novamente a mulher seria definida pelo que lhe faltava, em relação ao homem, já que às diferenças anatômicas estariam associados traços psíquicos, delineando possibilidades e capacidades.

Uma vez desvinculada do aparelho sexual feminino e afastada a hipótese de degeneração ou de doença relacionada ao sistema nervoso, a histeria, embora não dissesse respeito exclusivamente às mulheres, tal como foi comprovado por Freud na prática clínica, diante da repressão imposta à expressão e vivência da sexualidade feminina, seus sintomas continuavam atingindo de forma marcadamente acentuada as mulheres, estabelecendo-se a relação entre histeria e feminilidade. Através da histérica, o erotismo era posto em cena, contrapondo-se ao modelo de recato da maternidade, "a qualquer redução do ser da feminilidade à figura da maternidade" (BIRMAN, 2001, p. 143). Segundo o autor, a prostituta, a ninfomaníaca, a infanticida e a histérica, eram formas possíveis de subjetivação diante da dicotomia imposta

entre o erotismo e a maternidade. Com a diferença que, entre ser uma coisa ou outra, a histérica adoecia diante do conflito moral em que se colocava, ao passo que as demais faziam o que Lacan (1998 [1962-1963]) conceituou como *passagem ao ato*⁸⁵.

Como forma de resolver seus impasses e contradições, Birman (2001) propõe uma nova interpretação e entendimento da construção freudiana, na qual a feminilidade estaria na origem do psiquismo. Segundo o autor, se Freud enunciou o monismo sexual e a bissexualidade originária, a feminilidade estaria ali presente. A feminilidade estando na origem, o psiquismo e a sexualização não mais seriam organizados em torno do falo. Para o autor, o representante fálico como fundador da sexualidade, tanto masculina como feminina, remete a uma pretensa perfeição humana, numa recusa e reconhecimento velado da imperfeição como origem. Se os novos conhecimentos e construções teóricas relacionadas à biologia, medicina, política e pedagogia, levavam a crer que seria possível o aperfeiçoamento contínuo do humano através da aplicação de técnicas e intervenções, deixavam subentendido sua imperfeição e plasticidade naturais, ou seja, o humano não seria originariamente perfeito como se pretendia.

Assim, toda a tradição do Ocidente seria contestada, justamente porque nesta a perfeição foi sempre concebida como marca inconfundível do humano. O cristianismo viu nisso um traço de nossa ascendência divina, enquanto na Antiguidade grega isso revelaria tanto a harmonia do **Cosmos** quanto a revelação do **logos** que nos regularia. Contudo, com a imperfeição inscrita como originário - representada pela ideia da feminilidade - seriam a finitude e a mortalidade humanas que estariam sendo enunciadas agora com toda a eloquência possível (BIRMAN, 2001, p. 227).⁸⁶

Foram trazidos aqui apenas alguns/mas autores/as que estabeleceram diálogos de tensões com a psicanálise, em torno de conceitos que se referem a questões caras aos movimentos e estudos feministas e de gênero. Questões referentes à feminilidade, à maternidade, evidenciando a contribuição dessas polêmicas às reflexões

⁸⁵ Colocação em prática, de forma inconsciente, de desejos, pulsões e fantasias.

⁸⁶ Grifos do autor.

sobre temas de importância central nesta pesquisa, que se referem à vivência da sexualidade por mulheres que se tornaram mães e se infectaram com o HIV. Mulheres que no serviço de atendimento psicológico institucional foram acompanhadas e escutadas por uma psicanalista.

8 HIV/AIDS: ENTRE PRESCRIÇÃO E PROSCRIÇÃO

Diante da epidemia mundial com que nos deparamos de infecção causada pelo vírus HIV e aumento dos casos de Aids, surgiu a necessidade de realização de estudos voltados ao assunto, não só na área da medicina, relacionados a dados epidemiológicos, imunologia, evolução da doença e busca de novos medicamentos eficazes no seu tratamento, como também em outras áreas de conhecimento. A psicologia, inserida nas equipes multidisciplinares⁸⁷ dos serviços criados no Brasil para o atendimento desses pacientes, pela variedade e complexidade de efeitos de ordem subjetiva que se observa nas pessoas infectadas, acompanhados de sofrimento psíquico e associados à infecção e ao diagnóstico da doença, também vem se interessando por estudos nessa área.

O vírus HIV pode ser transmitido através da relação sexual sem uso de preservativo, por meio de transfusão sanguínea, por utilização de agulha compartilhada ou pela transmissão vertical. Esta pode ocorrer durante a gestação, no parto natural ou, ainda, pela amamentação.

Em relação à transmissão vertical, o Ministério da Saúde adotou medidas de caráter preventivo que vêm se mostrando bastante eficazes, com uma diminuição acentuada do percentual de crianças infectadas por essa via, em relação aos índices anteriores a essa prática⁸⁸. O número de crianças até os cinco anos de idade, no ano de 2009, comparativamente ao de 1999, apresentou uma redução de 44,4% (BRASIL, 2010).

Toda gestante deve fazer o teste para HIV ao iniciar o pré-natal, como parte dos exames de rotina solicitados. Caso o resultado seja positivo, ela é encaminhada a um ambulatório especializado no tratamento do HIV/Aids, onde recebe a medicação necessária e orientações em relação ao seu uso. Ali também deve receber informações relacionadas à transmissão do vírus, à doença e ao tratamento, esclarecimentos sobre outras práticas de saúde, assim como

⁸⁷ Das equipes dos ambulatórios especializados no tratamento do HIV/Aids fazem parte infectologistas, imunologistas, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, psicólogos/as, dentistas e pessoal com funções administrativas, além de outros profissionais de saúde, de acordo com cada serviço e a quantidade de pacientes que atende.

⁸⁸ Segundo dados, os índices de transmissão vertical, anteriormente a essa prática, ficavam próximos de 30%. Com o emprego de todos os cuidados e tratamento preventivo adotados, caíram para um valor próximo de 1%. (Disponível em www.aids.gov.br, acessado em 04.10.12).

preservativos. É orientada ainda, se tiver outros filhos, a levá-los para fazer o exame para HIV e a solicitar que seu parceiro também o faça, caso queira contar a ele sobre seu diagnóstico⁸⁹.

As medidas preventivas em relação à transmissão vertical incluem ainda o uso de antirretrovirais, pela gestante, a partir do momento que se tem o resultado do exame com a confirmação de que ela está infectada pelo vírus⁹⁰, parto cesáreo, administração de antirretrovirais ao bebê logo após seu nascimento e suspensão do aleitamento materno. Este é substituído por leite em pó, fornecido pelo Ministério da Saúde nas unidades de tratamento do HIV/Aids, até os seis meses de idade da criança. Em relação às gestantes que chegam à maternidade para dar à luz sem que tenham um resultado de exame para o HIV, é feito o teste rápido e, se positivo, administrada a medicação específica à mulher, antes do parto, e posteriormente ao recém-nascido. Essas medidas constituem-se como uma tentativa de prevenir que o recém-nascido seja infectado. Toda a medicação necessária ao tratamento da infecção pelo HIV e prevenção da transmissão vertical é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde e deve estar à disposição na unidade de saúde onde a paciente é acompanhada, no caso de instituições e serviços que atendem pacientes soropositivos.

Ao nascer, o bebê tem os anticorpos para o HIV que recebeu da mãe, os quais são eliminados após alguns meses. Uma vez que é a presença desses anticorpos no sangue que acusa a infecção pelo HIV, o bebê precisa de acompanhamento por um período que varia de um a dois anos, antes de se ter a certeza de que não foi infectado. Durante esse tempo, essas crianças (nomeadas como *crianças expostas*) fazem o exame de investigação para o vírus periodicamente, além de terem todo o acompanhamento médico pediátrico.

A epidemia do HIV/Aids está associada a representações socialmente compartilhadas da doença, que extrapolam o quadro clínico e as questões de saúde. De acordo com Susan Sontag (2007), a

⁸⁹ Não cabe ao psicólogo ou analista dar essa informação ao parceiro da mulher atendida. Essa posição diz respeito ao sigilo do atendimento e ao fato de não ser sua função a comunicação de diagnósticos. Diz respeito ainda, no que se refere ao analista, à posição a ser ocupada por ele frente ao paciente, não lhe cabendo decidir pelo outro. O analisante deve fazer suas escolhas, responsabilizando-se por elas e, ao analista, em situações desse tipo, cabe escutar o que é falado pelo paciente, fazendo intervenções possíveis a partir de sua fala, em relação à forma como este lida com a situação.

⁹⁰ No caso de não-gestantes, o uso de antirretrovirais está condicionado à carga viral que o paciente apresenta, quantificada através de exame específico. Quanto às gestantes, o seu uso independe da carga viral da paciente, que será quantificada após o parto, para avaliar a necessidade de dar continuidade ao uso dessa medicação.

contaminação pelo vírus HIV e a Aids adquiriram uma valoração e conotação que são atravessadas por dimensões culturais e históricas, situadas para além do fato biológico e dos efeitos de imunodepressão causados pela doença. A partir dessa valoração, são atribuídos significantes à doença e à pessoa infectada e são construídas metáforas, associando-as a objetos de valoração negativa assemelhada. Assim, criam-se representações da doença em um processo marcado de forma determinante pelo senso comum. No discurso social, a contaminação pelo HIV está associada à promiscuidade, à valoração moral negativa, gerando preconceitos e exclusão social da pessoa infectada, antes mesmo que se dê a sua exclusão do rol daqueles dotados de capacidades laborais e produtivas.

Com a disseminação do vírus HIV, a Aids tornou-se uma “ameaça a um ideal de saúde, de vida e de prazer” (CARNEIRO, 2000, p. 14) para a sociedade, ao mesmo tempo em que expõe um furo – embora se procure ignorá-lo - no saber médico. Esse furo leva o homem, quando diante do outro contaminado, a confrontar-se com a própria morte, diante da qual é impotente e vulnerável, evidenciando sua dependência em relação ao Outro, o que o remete à sua condição de desamparo⁹¹.

Os indivíduos estranhos aos padrões sociais considerados normais e aceitáveis de comportamento, ou aqueles que possuem características valoradas de forma negativa, passam a ser discriminados e privados de uma aceitação social plena, quando não execrados. São vistos como ameaças à integridade dos demais. Assim, numa tentativa de “isolar do eu tudo que pode tornar-se fonte de tal desprazer, a lançá-lo para fora e criar um puro eu em busca de prazer, que sofre o confronto de um ‘exterior’ estranho e ameaçador” (FREUD, 1996 [1930], p. 76), aquele que tem a doença é excluído, visto como estranho. Segundo Freud (1996 [1930], p. 118-119), “é sempre possível unir um considerável número de pessoas no amor, enquanto sobrarem outras pessoas para receberem as manifestações de sua agressividade.” Assim,

⁹¹ Para Freud (1996 [1930]), o sentimento de desamparo está associado aos inevitáveis sofrimentos durante a própria vida, decorrentes das limitações e impossibilidades impostas pelo mundo externo, que causam frustrações. Para poder suportá-las o humano busca satisfações substitutivas. A própria condição de finitude, a impotência diante das forças da natureza e o medo diante do “poder superior do Destino” (p. 80) o remetem à condição de desamparo, levando-o a buscar abrigo na religiosidade e em um Pai todo-poderoso que poderia protegê-lo de todo mal, numa tentativa de negação das suas limitações e de restauração do próprio narcisismo. Para Lacan, “o fundo do desamparo do sujeito é seu estado de dependência em relação ao desejo do outro, desejo opaco, diante do qual ele se acha sem recursos” (CHEMAMA e VANDERMERSCH, 2007, p. 89).

grupos minoritários passam a ser excluídos e responsabilizados pelo mal, como forma de escoar a agressividade inerente ao humano (FREUD, 1996 [1914; 1929]), num comportamento que Freud (1930) denominou de *narcisismo das pequenas diferenças*. De forma narcísica, amamos aquele que é o que somos ou um dia fomos e, ainda, aquele que é o que gostaríamos de ser; em suma, amamos apenas a nós mesmos. Nesse processo estão presentes acordos silenciosos que tentam ignorar e, de certa forma, anular a diferença, vista como incômoda; o estranho sempre traz inquietude e causa angústia⁹², por desalojar o sujeito de suas certezas.

A palavra estigma é bastante apropriada para designar como são olhados e avaliados os portadores de HIV, por muitos que tomam conhecimento do fato. Erving Goffman (2012) aborda características que podem ser observadas nas relações que se estabelecem entre pessoas consideradas normais e as portadoras de estigmas das mais diversas ordens, sejam estes físicos (deficiências, doenças) ou morais.

De origem grega, a palavra originalmente denominava marcas e sinais corporais produzidos, com os quais se procurava chamar a atenção das demais pessoas para uma característica moral considerada negativa, daquele que portava essas marcas. Serviam para alertar os outros do risco que a convivência com aquele que fora marcado representava, passando a ser evitado, assim como proibido de frequentar lugares públicos (GOFFMAN, 2012). Embora a palavra possa assumir o significado de outros tipos de marcas indelévels ou dificilmente removíveis, passou a ser utilizada com conotação negativa. Hoje essas marcas não são realizadas concretamente tal como na Grécia Antiga, mas determinados desvios de comportamento e conduta, ou ainda, determinadas características, fazem com que seus agentes passem a ser olhados como se as tivessem, sem que consigam livrar-se delas.

Goffman (2012) afirma que as relações entre os portadores de estigma e os considerados normais são sempre carregadas de muita

⁹²No seu artigo *O 'estranho'*, Freud (1996 [1919]) relaciona aquilo que é visto como estranho, causando incômodo, a algo que, ao mesmo tempo, é familiar. Esse algo estranho estaria relacionado, entre outras coisas, ao retorno do recalçado, ao medo da castração, ao medo da morte ou, ainda, à repetição involuntária. Embora seja visto pelo sujeito como algo que lhe é externo e ameaçador, ele ali reconhece algo que é seu; "o estranho provém de algo familiar que foi reprimido [recalçado]" (p. 264). A palavra que Freud utilizou em alemão para designar o que é familiar, *heimlich*, pode assumir significação ambígua e vir a nomear aquilo que é estranho, estrangeiro, não familiar, de acordo com a forma como é utilizada. "O que mais nos interessa [...] é descobrir que entre os seus diferentes matizes de significado a palavra '*heimlich*' exibe um que é idêntico ao seu oposto, '*unheimlich*'". Assim, o que é *heimlich* vem a ser *unheimlich* (p. 242). O prefixo de negação *un* "é o sinal da repressão [recalque]" (p. 262).

tensão, quer da parte daquele que possui a característica que o estigmatiza, quer da parte do outro. Segundo o autor, as pessoas que possuem uma característica considerada depreciativa⁹³ estão permanentemente procurando dissimular na tentativa de ocultar sua condição, para que outras pessoas não venham a tomar conhecimento da mesma. Buscam justificar comportamentos e ações, assim como ficam imaginando o que os outros pensam a seu respeito, se sabem ou não dessa condição. Sentindo-se ameaçadas por sua possível descoberta, sentem-se inseguras nas relações com os outros, sem saber como serão tratadas caso isso venha a ocorrer.

Esse comportamento reflete o preconceito da própria pessoa portadora do estigma, que projeta sentimentos de rejeição e agressividade. Tais pessoas começam a ocultar informações deliberadamente ou a envolver-se em uma trama de mentiras e, mesmo com aqueles com quem mantêm uma relação próxima, muitas vezes não conseguem falar a respeito de seu problema (GOFFMAN, 2012). Elas próprias, embora neguem, a partir dos padrões e valores transmitidos pela sociedade, consideram-se de menor valor que os demais, aqueles reconhecidos como normais.

Da parte dos pacientes atendidos no ambulatório em que trabalhei, existiam também cuidados e preocupações em relação aos possíveis sinais que poderiam dar aos outros, indícios de sua condição. Assim, alguns se preocupavam com a possibilidade de serem vistos nas proximidades do serviço de saúde que atende pacientes com HIV/Aids. E se encontravam algum conhecido por perto, logo procuravam justificar sua presença no local, alegando qualquer outro motivo, outra enfermidade ou consulta. Ainda assim, ficavam se questionando se a pessoa acreditava na sua justificativa ou se teria suspeitado da verdade.

Ainda segundo Goffman (2012), pode também vir a ocorrer que a pessoa portadora de um estigma não aceite sua própria condição e permaneça sempre tentando iludir a si sobre isso, estabelecendo um jogo de representações, na tentativa de negar sua característica, de fazer acreditar e, especialmente, apoiar-se em elementos que, embora falsos, ratifiquem a pretendida condição de não possuir algo que a poderia estigmatizar.

Alguns dos portadores de HIV podem ser incluídos nessa situação. Negam a doença e afastavam-se de tudo que possa lembrá-la. Assim, não aderem ao tratamento e não comparecem às consultas, nem para coleta de material para exames. Vivem

⁹³ Entre as quais, nos dias de hoje, se pode incluir ter sido infectada pelo vírus HIV.

representando para eles próprios que está tudo normal e ignoram o assunto, o que termina por levá-los a infectar outras pessoas, uma vez que não usam preservativos nas relações sexuais. O comparecimento ao serviço de saúde e o uso de medicação os fazem lembrar a condição que se esforçam por ignorar, utilizando-se do mecanismo da negação como defesa. O assunto não é mencionado por eles, nem como prática de cuidado à saúde, nem para queixar-se. É suprimido, existe uma impossibilidade de falar a respeito.

A condição de portador de um estigma está diretamente relacionada à imagem narcísica do sujeito, pois este se depara com um espelho que, tal como o espelho da rainha-bruxa, não responde o que gostaria de ouvir, mas a verdade de sua condição de imperfeição, incompletude, finitude e impotência diante da realidade vivida. Numa tentativa de manter sua imagem-ficção e assim poder contar com a aprovação do outro, algumas vezes pode ser mais difícil falar a respeito da sua condição com pessoas próximas, de quem se quer aceitação, por medo de perder seu amor, do que com estranhos. Sentem-se ameaçados pela possibilidade de rompimento das relações sociais e afetivas, se vierem a cair em descrédito. Pessoas que vivem em pequenas cidades ou comunidades, onde são conhecidas de todos, não só pelo nome, mas também por fatos que dizem respeito a sua vida, temem que a informação, se revelada, seja levada para além do círculo de relações mais próximo (GOFFMAN, 2012).

De fato, entre pessoas portadoras do vírus HIV que viviam em pequenas cidades e foram atendidas no serviço em que trabalhei, havia esse medo, o que as levava a procurarem atendimento distante, mesmo quando o município em que viviam disponibilizava o serviço. Houve situação em que esse receio levou uma mulher a se mudar de cidade, pelo menos durante o período que julgou correr maior risco de ter descoberta sua condição, pela necessidade de consultas mais próximas e uso de medicação antirretroviral. Além de recear a forma como poderia passar a ser tratada, caso viessem a descobrir ser portadora do vírus, dizia que poderia expor à vergonha (do estigma) toda sua família. Esta também seria atingida se a informação chegasse ao conhecimento das pessoas com as quais tinham relacionamento, quer fossem próximas, quer mais distantes, apenas conhecidas.

Descobrir-se portadora do HIV obriga a pessoa a confrontar-se com a verdade de um corpo doente e, no caso de mulheres, com a ameaça de estarem impossibilitadas de gerar filhos saudáveis e perfeitos. Essa condição afeta, conseqüentemente, o projeto de maternidade, ideal de muitas mulheres, diretamente associado pelo

senso comum à condição de feminilidade e realização da maturação completa da mulher. Trata-se de um processo que diz respeito ao luto pelo corpo idealizado e perdido, à revelia, sem que o sujeito possa fazer nada para evitar. Luto por seus projetos de vida, considerados perdidos. Teimando em não se separar do seu corpo idealizado e da vida almejada, utiliza-se da fantasia, à custa de se distanciar da realidade.

A omissão deliberada de informações a pessoas do relacionamento mais próximo pode ainda levar o portador do estigma - no caso aqui considerado pacientes com HIV - a um sentimento de culpa por não estar sendo suficientemente "honesto" e correto com pessoas a quem julgam dever revelar verdades sobre si. Ficam assim divididos entre mentir e se sentir culpados, ou falar a verdade e correr o risco de serem rejeitados. Conforme Goffman (2012), passam a viver uma vida dupla, ocultando deliberadamente informações importantes de si, para aqueles com quem dividem sua intimidade. O sentimento de culpa pode ser aumentado pelo risco de expor a saúde da outra pessoa e sentir-se responsável por lhe transmitir o vírus.

Em relação a pessoas não infectadas, pelo desconhecimento e fantasias que são construídas e compartilhadas socialmente em relação ao vírus, há o receio de igualmente se infectarem pelo contato com o portador do vírus, passando a ser, elas próprias, também estigmatizadas.

Ainda em relação a pessoas que possuem estigmas, conforme Goffman (2012), é possível ocorrer que aquelas tidas como "normais", não sabendo como se comportar diante daquelas portadoras de características consideradas inferiores, movidas por um sentimento de pena, procurem ser condescendentes com suas "incapacidades", passando a supervalorizar ações comuns. Ou de forma semelhante, esquecendo suas capacidades, incapacitá-los em vários outros aspectos, passando a tratá-los como "coitadinhos", sem quaisquer condições de assumir atribuições e responsabilidades, embora estas não dependam diretamente de suas "deficiências" para serem realizadas. É comum entre pais que têm filhos com algum problema de saúde, passar a tratá-los dessa forma, superprotegendo-os e dificultando que venham a se tornar independentes.

Por fim, ainda em relação às pessoas portadoras de estigmas (GOFFMAN, 2012), frequentemente acontece que limitações e dificuldades que qualquer outra pessoa poderia ter, quando observadas em alguém considerado inferior por uma determinada característica, essas limitações sejam associadas à sua condição.

De uma forma ou de outra, seja tratando as pessoas portadoras de estigmas com agressividade e rejeitando-as, seja tratando-as como

incapazes e coitadinhas, está subjacente a condição de inferioridade em que são colocadas.

As normas de convivência construídas culturalmente estão voltadas ao ordenamento do mundo e das atividades humanas, assim como à regulação das relações sociais e das fontes de obtenção de prazer, priorizando os interesses coletivos, em detrimento dos individuais. O exercício da sexualidade, de forma especial, tem estado sujeito a uma série de limitações ao longo da história da civilização. Normas estabelecem com quem uma pessoa pode se relacionar e de que forma, levando aqueles que as transgridem a serem alvos de críticas, agressões ou a serem marginalizados. Assim, de acordo com Freud (1996 [1930]), além de sujeitos às frustrações inevitáveis decorrentes da perda ou de possíveis rejeições por parte dos objetos de nossa escolha sexual, somos ainda tolhidos no que diz respeito às manifestações da sexualidade e à escolha de objeto.

[...] a escolha de um objeto restringe-se ao sexo oposto, estando as satisfações extragenitais, em sua maioria, proibidas como perversão. A exigência, demonstrada nessas proibições, de que haja um tipo único de vida sexual para todos, não leva em consideração as diferenças, inatas ou adquiridas, na constituição sexual dos seres humanos; cerceia, em bom número deles, o gozo sexual, tornando-se assim fonte de grave injustiça. [...] No entanto, o próprio amor genital heterossexual, que permaneceu isento de proscrição, é restringido por outras limitações, apresentadas sob a forma de insistência na legitimidade e na monogamia. A civilização atual deixa claro que só se permite os relacionamentos sexuais na base de um vínculo único e indissolúvel entre um só homem e uma só mulher, e que não é de seu agrado a sexualidade como fonte de prazer por si própria, só se achando preparada para tolerá-la porque, até o presente, para ela não existe substituto como meio de propagação da raça humana. Naturalmente, isso configura um quadro extremado. Todos sabem que ele se mostrou inexequível, mesmo por períodos breves (FREUD, 1996 [1930], p. 110).

Dotado de uma disposição bissexual e subordinado à linguagem, a escolha sexual e a realização da sexualidade humana se dá por meio de simbolizações.

A verdade é que é com o que resta que o sujeito compõe um mundo, e sobretudo que ele se situa dentro, isto é, que ele se arranja para ser aproximadamente o que ele admitiu que ele fosse, um homem quando ele se vê sendo do sexo masculino, ou uma mulher em caso inverso.

[...] Não esqueçam jamais que nada do que diz respeito ao comportamento do ser humano como sujeito, e ao que quer que seja no qual ele se realize, no qual simplesmente ele é, não pode escapar de ser submetido às leis da fala.

[...] Não é simplesmente porque a bissexualidade desempenha nele um papel essencial. [...] A simbolização, em outras palavras, a Lei, desempenha aí um papel primordial (LACAN, 2008 [1955-1956], p. 102).

Conforme ideais e normas civilizatórias dominantes que reprimem outras formas de obtenção de prazer sexual que não a heterossexual e monogâmica (FREUD, 1996 [1905]), apesar de todas as mudanças nos costumes sociais e normas morais ocorridas nos últimos anos, ainda hoje temos exemplos, diariamente, da visão homofóbica fortemente prevalente na nossa sociedade, que leva ao emprego da violência e a legítima. Da mesma forma, as normas socialmente compartilhadas atribuem valorização negativa a pessoas, especialmente mulheres, que vivem relações não monogâmicas.

Relacionada a essa visão e associada ao *narcisismo das pequenas diferenças* que fundamenta preconceitos, a Aids foi inicialmente associada a homossexuais masculinos (e por isso nomeada de *peste-gay*), aos quais se atribuía a disseminação da doença entre a população em geral, numa referência a práticas sexuais socialmente tidas como condenáveis e antinaturais. Assim, os indivíduos pertencentes aos denominados grupos de risco é que estariam sujeitos a contrair a doença, o que "ressuscita a ideia arcaica de uma comunidade poluída para a qual a doença representava a condenação" (SONTAG, 2007, p. 114). Ao mesmo tempo, essa classificação possibilitava que os outros, considerados "normais", se excluíssem da possibilidade de ter a doença, atribuindo ao "estranho" a origem do mal. E, ainda, por ser uma doença

sexualmente transmissível e diante da repressão à sexualidade apreendida pelo cristianismo, discursos religiosos associam a Aids à decadência moral e a um "castigo de Deus". A Igreja católica preconiza a abstenção e a castidade como únicas formas "permitidas" de prevenção.

Julga-se que falar sobre preservativos e agulhas esterilizadas equivale a sancionar e incentivar relações sexuais ilícitas e o uso de drogas proibidas. (O que, até certo ponto, é verdade. Informar as pessoas a respeito de maneiras de evitar a Aids de fato implica uma atitude de reconhecimento - e portanto de tolerância - em relação à existência de uma variedade de comportamento sexual que não pode ser reprimida.) (SONTAG, 2007, p. 136).

Além dos homossexuais, são marginalizadas e culpabilizadas as mulheres que contraíram o vírus do HIV através da prática sexual, vistas como transgressoras das normas que estabelecem os limites do que é considerada a "boa sexualidade" feminina⁹⁴.

Conforme já foi apontado em pesquisas (BOZON, 2004; 2009; MEYER *ET AL*, 2004), de acordo com as normas socialmente estabelecidas, existe uma dessimetria nas representações da sexualidade e nas avaliações atribuídas a práticas sexuais masculinas e femininas, havendo uma maior liberalidade em relação às condutas adotadas pelos homens e suas consequências, do que em relação às mulheres. Aliada a essa dessimetria, há uma hierarquização nas relações entre pares heterossexuais, em conformidade com o que aponta Michel Bozon no livro *Sociologia da sexualidade* (2004) e em *Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos* (BOZON, 2009). Nesses trabalhos, o autor analisou resultados de pesquisas das práticas sexuais de homens e mulheres de diferentes gerações, em diferentes épocas.

Na minha prática clínica, foi igualmente possível apreender aspectos compatíveis com os dados apontados nas pesquisa acima citadas. De forma associada a questões de gênero, a infecção da mulher pelo HIV através da prática sexual é colocada como alvo de críticas e de

⁹⁴ Ver, de Carmen Dora Guimarães, "Mais merece!": o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. Ano 4, n. 2, p. 295-318, jul./dez. 1996.

todo tipo de preconceitos que associam a infecção pelo vírus à promiscuidade. A sua suposta vida "devassa", da qual infectar-se pelo vírus seria uma consequência, está associada à representação social e à representação que o próprio sujeito tem da doença, afetando a sua autoestima. São exceções, como alvo desse tipo de críticas, mulheres casadas, que têm uma relação estável e foram infectadas pelo marido ou companheiro. Essas passam a ser vistas como vítimas, não pouco frequentemente, vítimas de uma "fatalidade".

Apesar de todas as mudanças já ocorridas nas últimas décadas em relação à prática da sexualidade, a sociedade ainda não vê com bons olhos as mulheres que exercem sua sexualidade livremente. Isso é evidenciado através do preconceito voltado às mulheres que contraem o vírus HIV fora do casamento ou àquelas que contraíram o vírus após terem tido vários parceiros. Mulheres que têm filhos com mais de um homem são recriminadas, consideradas de comportamento moralmente inadequado. Pelo mesmo motivo, há uma valoração distinta em relação a essas mulheres, quando comparadas àquelas que se infectaram através de uma transfusão sanguínea ou pela transmissão vertical. As queixas trazidas aos atendimentos em relação aos preconceitos sofridos e recriminações vindas da parte de familiares e pessoas conhecidas, eram muito mais frequentes entre as mulheres que viviam sua sexualidade sem que tivessem uma relação estável com o parceiro.

Quanto aos serviços de saúde, como parte da anamnese feita no primeiro atendimento médico a pacientes com HIV, consta uma pergunta que busca saber a quantidade de parceiros sexuais que este já teve, pergunta na qual está subtendida a expectativa de que possa contá-los, ou seja, um número não muito grande.

No atendimento a pacientes com o vírus HIV, normas de comportamentos e cuidados são ditados e repetidos sistematicamente, na expectativa de que estes façam uso da racionalidade e se aproximem do ideal de comportamento e das práticas de saúde construídas por aqueles que cuidam, "conhecem e sabem o que é melhor" e que, pelo conhecimento que detém e lhes é atribuído, exercem uma posição de poder. A prática da sexualidade é olhada e colocada como risco à saúde, se não forem seguidos os preceitos. A quantidade de parceiros é um indicador do grau de exposição a risco.

O medo da Aids impõe a um ato cujo ideal é a experiência de puro presente (e criação do futuro) uma relação com o passado que não pode ser ignorada, a menos que se queira pôr em risco a

própria vida. Agora a sexualidade não mais retira da esfera social, ainda que por um momento apenas, os que a ela se entregam. Não pode mais ser encarada simplesmente como uma relação a dois: é toda uma cadeia, uma cadeia de transmissão, vinda do passado. "Assim, lembre-se de que quando uma pessoa tem relações sexuais com um parceiro, não é só com esse parceiro que ela está tendo relações, e sim com todas as outras pessoas que tiveram relações com esse parceiro nos últimos dez anos" afirmou, num pronunciamento cuidadosamente neutro quanto ao sexo das pessoas envolvidas, o secretário da Saúde e Serviços Humanos... (SONTAG, 2007, p. 134).

Acompanhando os dados estatísticos divulgados pelo Ministério da Saúde relativos aos anos de 2010 (BRASIL, 2011) e 2009 (BRASIL, 2010), há a afirmação de que, "o resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de parcerias (*quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade*), coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis e *relações homossexuais*"⁹⁵. Tal afirmação coloca as escolhas e quantidade de parceiros sexuais, por si mesmas, como ameaças à saúde, sem levar em consideração outras questões de grande importância, entre elas o acesso a informações, a prática dos cuidados à saúde e a forma de vivenciar a sexualidade, sendo esta puramente subjetiva e independente da apropriação de conhecimentos⁹⁶.

Apesar do empenho em apoiar e orientar os pacientes com HIV que procuram o serviço e ali são acompanhados, o discurso médico tem algo de normatizador, que deixa de fora as subjetividades e histórias de vida desses pacientes. Dessa forma, é estabelecida uma dicotomia entre sexualidade, psiquismo e outros aspectos da vida do sujeito, que podem estar implicados na forma de ele viver sua sexualidade, na sua adesão ao tratamento. Essa prática de medicalização da sexualidade algumas vezes pode criar uma maior dificuldade de adesão ao tratamento e um distanciamento entre a equipe de saúde e o paciente, levando este último a omitir ou mesmo a inverter as informações dadas, como forma de evitar uma "repreensão".

⁹⁵ Grifos meus.

⁹⁶ Ver, de Jeni Vaitsman, Políticas preventivas: o limite das abordagens racionais. In: *Revista Estudos Feministas*. vol. 11 n. 1. Florianópolis: jan/jun. 2003.

Embora seus comportamentos possam, por vezes, parecer irracionais a alguns, pode-se investigar as razões ou desejos inconscientes que os motivam, dando a esses pacientes a palavra e respeitando suas singularidades. O desejo do sujeito, nessas práticas médicas, não é levado em consideração. Um exemplo claro disso são as críticas voltadas a mulheres que, mesmo sabendo terem o vírus, engravidam⁹⁷. Tais críticas desconsideram a valoração simbólica atribuída à gravidez e à condição de mãe.

Dados epidemiológicos levantados nos últimos vinte anos referentes à Aids indicam uma disseminação da doença entre todas as camadas da população, ao mesmo tempo em que contribuem para desconstruir a ideia de imunidade à doença por parte de pessoas não integrantes dos inicialmente considerados grupos de risco. Essa mudança motivou campanhas de prevenção voltadas a segmentos específicos da população, entre esses, a homens e mulheres heterossexuais. A partir de alguns anúncios televisivos veiculados nas campanhas oficiais de prevenção ao HIV/Aids, apresentados pelo Ministério da Saúde, no Brasil, entre os anos de 1994 a 2000, Meyer, Santos, Oliveira e Wilhelms (2004) realizaram pesquisa sobre o que seus conteúdos suscitavam. Seus achados apontam para modelos estereotipados de homem e mulher, associados a valores morais vigentes e relacionados a diferenças de gênero. Modelos que contribuem para promover a desigualdade e dessimetria nas relações de gênero, associadas à prática da sexualidade, reforçados nos anúncios.

Segundo a pesquisa acima citada, nesses anúncios, a mulher é apresentada como submissa e conforme os estereótipos de naturalmente sedutora, tendo que negociar e pedir ao parceiro para que faça uso do preservativo, utilizando-se para isso do seu poder de sedução. Ao mesmo tempo, os anúncios analisados passam a ideia de que cuidar da saúde é atribuição feminina, reforçando o ideal imaginário de onipotência masculina. O título dado à pesquisa⁹⁸ é bem adequado à visão passada nos anúncios, em relação ao exercício da sexualidade, por parte das mulheres e homens. Ali, a expressão "mulher sem vergonha" é empregada com duplo sentido, dando margem a dupla interpretação.

Essa realidade reproduzida nos vídeos voltados à campanha de prevenção à Aids, analisados na pesquisa mencionada, apresentava-se

⁹⁷ A esse respeito, ver a Tese de Doutorado de Tonantzin Ribeiro Gonçalves (2011), *Maternidade e HIV/Aids no contexto de uma intervenção psicoeducativa durante a gestação*.

⁹⁸ "Mulher sem-vergonha" e "traidor responsável": problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/Aids. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. 12(2), 264, p. 51-76, maio/agosto 2004.

nos atendimentos feitos por mim, tanto na dificuldade das mulheres conseguirem que os parceiros usassem preservativo, especialmente quando se tratava de uma relação que já durava algum tempo, como para que aceitassem fazer o exame de HIV, no caso de elas próprias serem diagnosticadas como soropositivas. Nessas situações, muitos se limitavam a afirmar que não tinham a doença, atribuída exclusivamente à companheira, e após algum tempo rompiam a relação. Contrariamente, várias mulheres, entre as que foram atendidas, haviam sido infectadas pelo companheiro e permaneceram com ele.

Uma vez que a construção do ideal de eu está referida não apenas às figuras parentais e de identificação, mas também às normas e valores culturais, em alguma medida há um assujeitamento das mulheres às representações relativas à condição de mulher e de mãe, o que se reflete na vivência das práticas sexuais. De forma associada a uma representação social da maternidade carregada de valoração positiva, uma valoração extra é atribuída à mulher que se torna mãe, ao mesmo tempo em que normatiza quais as características desejáveis e o que é considerado ser uma "boa mãe".

Conforme a realidade que se apresentava no meu local de trabalho e no atendimento a essas mulheres, a disseminação do vírus HIV/Aids, embora seja uma doença que possa atingir a todos, está associada de forma mais acentuada a populações pobres e carentes de acesso às informações, aos serviços de saúde e benefícios propiciados pelos progressos da sociedade, em termos tecnológicos. Está relacionado não apenas ao acesso às informações sobre a doença e suas formas de transmissão, mas às diferentes visões de mundo construídas coletivamente e associadas a valores simbólicos, às práticas de cuidados com a saúde⁹⁹.

Entre a população que atendi no serviço (incluindo aqui homens e mulheres), raras vezes aparecia uma pessoa de condições econômicas média ou alta, embora o atendimento voltado ao tratamento e prevenção de HIV/Aids seja disponibilizado, no Brasil, exclusivamente por serviços da rede pública de saúde, coordenados pelo Ministério da Saúde. Quase em sua totalidade, os pacientes atendidos por mim pertenciam a uma população de baixa renda, com história de vida de privações e miséria. Não cabe aqui levantar hipóteses das possíveis causas dessa realidade por fugir aos objetivos desta pesquisa, mas apenas lembrar a importância que a cultura assume no processo de

⁹⁹Ver de Simone Monteiro, *Qual a prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

subjetivação, pois é "o filtro através do qual não só as pessoas fazem suas escolhas, mas também criam expectativas em relação aos comportamentos coletivos" (VAITSMAN, 2003, p. 4). É relevante observar que a maioria desses pacientes, que corriam o risco de serem socialmente excluídos por terem sido infectados pelo HIV, já faziam parte, anteriormente, de uma população excluída.

Pela linguagem, o humano ascendeu ao simbólico, distanciando-se da ordem natural originária. Conforme Jean-Pierre Lebrun (2008, p. 55), "... [a linguagem] é o que subverte a natureza biológica do humano". Em consequência, o simbólico se sobrepõe à natureza, de tal forma que subverte a transmissão genética que determinaria os comportamentos humanos como instintuais, possibilitando o surgimento do desejo.

Embora sejam considerados outros aspectos importantes, sem o que a dimensão social estaria reduzida, conforme Luciano Elia (2007, p. 39), "a uma sociologia culturalista do sujeito", a psicanálise considera o laço social como essencial no processo de constituição do sujeito a partir do Outro (representado inicialmente pela mãe ou por quem exerce a *função materna*) que o insere no campo da linguagem, transmitindo-lhe uma ordem simbólica pré-existente. "Sobretudo a partir da reelaboração que Lacan empreendeu dos textos freudianos, o sujeito só pode ser concebido a partir do campo da linguagem" (ELIA, 2007, p. 36). Dessa forma, as marcas psíquicas são afetadas pelo discurso e práticas sociais, afetando a maneira como o sujeito se vê, sempre referida a um ideal construído socialmente e aos valores socialmente compartilhados. Por mais que o sujeito se julgue independente, estará sempre referido ao Outro.

Assim, as normas socialmente compartilhadas assumem valor de verdade e, muitas vezes, nos tornamos incapazes de perceber que certos regulamentos instituídos produzem mais sofrimento do que ganhos (FREUD, 1996 [1930]). A partir do discurso do Outro, das normas e valores internalizados, o sujeito constrói seu ideal de eu, que serve de referência à maneira como se vê e à maneira como vê aos outros. Passa a busca-lo em si e nos outros, num processo de identificação narcísica. Essas normas e as exigências do supereu em atingir o ideal de eu podem levar a uma autocensura interior ou uma censura voltada ao outro, privando-o de reconhecimento em sua singularidade.

Nos atendimentos realizados no serviço de saúde era recorrente a expressão de um sentimento de desvalia correspondente a uma ferida narcísica, relacionada à sua suposta "incapacidade" (suposição feita por

elas próprias) de gerar um bebê sadio e perfeito, que correspondia à quebra de um eu idealizado.

As gestantes com HIV atendidas por mim frequentemente expressavam em suas falas uma antecipação, ao tomarem conhecimento de que, por ocasião do parto, iriam compartilhar enfermarias com mulheres de sorologia negativa para o HIV. Antecipavam a curiosidade que poderia gerar em outras pessoas o fato de não amamentarem, o que, para essas gestantes, representava uma ameaça e, ao mesmo tempo, uma exclusão.

A doença, assim como a maternidade, são objetos socialmente construídos e carregados de representações simbólicas. Dessa forma, o lugar que o vírus HIV e a Aids ocupam no imaginário social e as representações simbólicas que lhe são atribuídas, da mesma forma que as representações ligadas à maternidade, fazem uma inscrição no psiquismo, com maior ou menor poder de mobilização de forças internas, e de acordo com a singularidade do sujeito. Estando nessa dupla posição de gestante/mãe e portadora do HIV, posições a que são atribuídas valorações antagônicas e conflitantes, algumas das mulheres atendidas expressavam seu sofrimento diante do que viam como uma impossibilidade de conciliação.

Essas questões subjetivas e narcísicas, embora pudessem estar associadas a algum dado de realidade, somadas a fantasias que algumas das mulheres traziam aos atendimentos de que a criança ou a própria mãe morreriam em um futuro próximo, em alguns casos mobilizavam defesas que poderiam vir a afetar o vínculo mãe/bebê. Tais fantasias e defesas podiam chegar a uma franca rejeição do filho, uma vez que repercutiam na idealização e no investimento narcísico da gestante, dirigido à criança por nascer.

O texto escrito por uma gestante, citado por Marie-Christine Laznik (2004), serve para exemplificar possíveis efeitos psíquicos, decorrentes da ameaça de ter um filho com um problema de saúde.

"Abrigo um ser monstruoso e disforme, sou defeituosa. Barriga indecente. Sentimento de vergonha, após um orgulho tão grande. Cada movimento de meu bebê me parece anormal: faz bolhas com sua boca, tem movimentos anárquicos de braços e pernas. Tornou-se o trissônico e assim o nomeio cada vez que penso nele, ou seja, quase o tempo todo. A partir do momento onde apenas uma dúvida se instaurou, iniciei instantaneamente meu luto como se fosse uma coisa certa, sem

poder refletir. A imagem do lindo menininho, seu rosto, se transformou na figura do mongólico horroroso. Vontade de chorar a cada vez que penso nele, ou a cada vez que perguntam a seu respeito. Antes eu olhava seu perfil na ultrassonografia todos os dias com emoção e ternura. Depois, como seu nariz foi considerado muito curto, nunca mais olhei esta imagem." (LAZNIK, 2004, p. 41).

Do ponto de vista da psicanálise, esse investimento libidinal inicial tem um papel importante no estabelecimento da relação mãe/bebê e no exercício da função materna. Por outro lado, é pelo exercício da função materna que se introduz (ou não) um terceiro na relação mãe/filho, terceiro que vem a exercer a função paterna, separando a mãe do filho/a. Ambas as funções, materna e paterna, são fundamentais para a constituição do sujeito. Dessa forma, o não investimento libidinal no bebê, desde antes de seu nascimento, tem implicações nas relações iniciais da díade mãe/bebê¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Lembramos que aqui estamos tratando das relações entre mães biológicas e seus bebês, alvo de interesse deste trabalho.

9 CONCLUSÕES

A psicanálise em instituições, embora se diferencie da análise tradicional conforme o modelo instituído por Freud, não só é possível, ao contrário do que alguns afirmam, como pode ser de grande ajuda para os pacientes que por ali circulam. O indivíduo doente busca ajuda e tratamento em um local onde predomina a visão e saber médicos que, embora sejam importantes no processo de tratamento, não dão espaço para a singularidade nem para a fala do paciente, pois o que é mais valorizado, de acordo com essa visão, é o conhecimento do médico a respeito da doença do outro. No entanto, o sofrimento decorrente do adoecimento não é apenas físico. O processo de adoecimento faz com que as pessoas se deparem com a própria finitude, levando-as a se sentirem impotentes e desamparadas, o que leva a desencadear processos inconscientes associados à vivência experienciada. Nessas circunstâncias, torna-se importante um lugar de escuta que, priorizando a fala do paciente, crie possibilidades de ressignificar a doença e o sofrimento a ela associado.

Nesses espaços institucionais, embora surjam diferentes singularidades, os pacientes apresentam uma especificidade própria, geralmente relacionada ao processo de adoecimento e a não aceitação da própria finitude. Ao mesmo tempo, as normas de funcionamento da instituição e o trabalho realizado conjuntamente com uma equipe multidisciplinar, fazem com que as condições de atendimento sejam muito distintas daquelas dos atendimentos realizados em consultórios, exigindo algumas adaptações, flexibilização e o desejo de dar prosseguimento aos atendimentos, tanto da parte do analista, como da parte do paciente. O trabalho multidisciplinar acarreta inúmeros imprevistos, mas, por outro lado, abre possibilidades de trocas.

A psicanálise consiste em um conjunto teórico epistemologicamente articulado, mas não se resume a uma teoria, podendo ser entendida ainda como uma prática clínica específica, que se utiliza dos constructos psicanalíticos.

Embora tenha método clínico próprio, que engloba o uso do divã com o analista fora do campo de visão do analisante, utilizando as técnicas de associação livre e atenção flutuante, apenas isso não faz com que um processo possa ser considerado psicanalítico. Para tanto, é necessário que o profissional que está na posição de destinatário da fala do outro se paute pelos princípios da metapsicologia freudiana, que considera o inconsciente, a repetição, a transferência e a pulsão como conceitos fundamentais da psicanálise. Isso acarreta a aceitação do

pressuposto de que o humano não tem o domínio completo de seus atos e desejos, estando estes sujeitos ao inconsciente. Para que um processo terapêutico possa ser considerado psicanalítico, é imprescindível que a transferência estabelecida pelo paciente em relação ao analista seja considerada e entendida como parte necessária ao processo, e seja objeto de interpretação, assim como a resistência. Nesse processo, a linguagem tem papel fundamental, pois a psicanálise se dá pela fala e, conforme Lacan, só pode ser aplicada a um sujeito que "fala e ouve" (ROUDINESCO e PLON, 1998).

No atendimento clínico a escuta do profissional é direcionada por sua formação teórica e convicção da importância dos elementos considerados fundamentais e estruturantes na constituição do sujeito. Dessa forma, um analista, esteja fazendo análise ou não, permanece sendo analista e tem uma escuta psicanalítica. Nas instituições circulam permanentemente pessoas que "falam e ouvem", capazes de utilizar-se da linguagem e construir metáforas, estabelecer associações livres e uma relação transferencial, colocando o analista no lugar de "sujeito-suposto-saber". Uma vez que muitas delas demandam por um espaço de escuta, existem todas as condições para que ali se dê um tratamento analítico, mantendo presentes os fundamentos da clínica psicanalítica, valorizados e alvo de interpretação (MEZAN, 1998).

Pelo fato dos pacientes, nesses espaços, muitas vezes estarem fragilizados, cabe ao profissional aguçar sua escuta, no sentido de direcionar o atendimento da melhor forma. Que possa desestabilizar o paciente, provocando mudanças, mas ao mesmo tempo respeitando seu limiar para suportar frustrações, além daquelas já impostas pela doença. Não é um trabalho fácil, ainda mais levando em conta que os atendimentos são feitos face a face, o que pode exigir um esforço psíquico grande da parte do analista. Ao mesmo tempo exige capacidade de trabalhar em equipe, sabendo respeitar as diferentes visões dos demais profissionais.

Considero de fundamental importância, nos ambulatórios voltados ao atendimento de pacientes com HIV/Aids, a presença de profissionais que disponibilizem atendimento psicológico aos pacientes. Os efeitos causados pelos atendimentos que fundamentaram esse trabalho de dissertação foram facilmente observáveis e repercutiram em uma melhora no enfrentamento da doença, no exercício da maternidade com maior segurança e tranquilidade e, ainda, numa mudança nas relações com outros, uma vez que as mulheres atendidas assumiram posições mais independentes e passaram a se sentir mais fortalecidas.

A infecção de mulheres gestantes pelo vírus HIV repercute em vários aspectos de suas vidas. Devido ao tratamento necessário, afeta suas rotinas e o receio do preconceito as leva a viverem em constante estado de tensão, desconfiadas, por não saberem como serão tratadas, caso outros venham a descobrir sua condição de portadoras do vírus. Na maioria dos casos elas não conseguem confiar nas pessoas e quando têm dificuldades no relacionamento com alguém que sabe de sua condição, atribuem a este conhecimento e a um suposto preconceito a causa da dificuldade. Assim, muitas guardam para si essa informação, com medo de serem abandonadas; algumas optam por contar apenas ao companheiro; uma pequena quantidade conta à mãe ou familiares mais próximos, mas se sentem tratadas como "coitadas", o que revela o preconceito das pessoas com quem compartilharam seu segredo, muito embora geralmente estas o neguem.

De acordo com vários relatos feitos por mulheres soropositivas, não é incomum que pessoas que trabalham na área de saúde não estejam preparadas para se relacionar com os portadores do vírus, levando-as a ultrapassar os limites admissíveis da ética e do sigilo profissional, comentando com terceiros sobre a condição de pacientes. Às vezes com a intenção de prejudicar (por má querença e questões pessoais), às vezes por "fazer de conta" que "isso é uma doença como outra qualquer", desconsiderando as repercussões dos comentários. Inúmeros foram os relatos de pessoas que atendi que se queixavam desse tipo de comportamentos entre funcionários de Postos de Saúde ou de Maternidades. Uma profissional que trabalhava com pacientes com HIV, alegando razões políticas, certa vez me disse que achava uma bobagem certos cuidados no sentido de não revelar as identidades das pessoas infectadas. No entanto, por questões éticas, não nos cabe decidir fazer essa revelação. Cada pessoa deve ter o direito de escolher entre contar ou não, e se vai contar, a quem e quando, independentemente de qual seja sua doença. Especialmente sabendo-se do preconceito existente em relação à infecção pelo HIV, considero que faz parte das obrigações do profissional de saúde manter o sigilo. O preconceito não deixa de existir por determinação e comportar-se como se ele não existisse por achar que é algo sem sentido, não ajuda em nada as pessoas, pelo contrário.

Existem também aqueles profissionais que, por não saberem lidar com a situação que para eles próprios se apresenta como ameaçadora e assustadora, têm dificuldades para falar a respeito do assunto com os pacientes. Um exemplo disso se observa quando alguns médicos convocam outros profissionais, geralmente psicólogos, para

comunicarem o diagnóstico. Apesar de eu própria não ter passado por situação deste tipo, ela às vezes acontece.

É inegável que a infecção pelo HIV traz sérias consequências para a saúde e para as vidas das pessoas infectadas, em diversos aspectos. A medicação, além dos inconvenientes relacionados ao fato de ser de uso contínuo, provoca efeitos colaterais, entre eles, lipodistrofias que alteram a aparência corporal. Outra consequência importante da infecção é que, devido ao risco de transmissão vertical, essa interfere na procriação, aspecto da vida carregado de valorações simbólicas. No entanto, o que parecia causar maior sofrimento psíquico às mulheres atendidas por mim, na instituição de saúde em que atuei junto a gestantes portadores do vírus HIV, era o medo do preconceito. Em relação às outras questões, mesmo aquelas relacionadas ao risco de transmissão vertical, após alguns atendimentos era possível observar um rebaixamento da ansiedade nas mulheres atendidas.

Além do espaço de fala oferecido, saber da relação entre a probabilidade de transmissão do vírus ao bebê e a carga viral da mulher, esta também relacionada ao uso de antirretrovirais, dava um pouco de tranquilidade. No entanto, até o final da gravidez e mesmo depois do parto, as mulheres continuavam com a preocupação de que outras pessoas não tomassem conhecimento de estarem infectadas pelo vírus. Seus cuidados eram redobrados nesse sentido, quando eram alvo de curiosidade e questionamentos em relação à amamentação e às consultas frequentes, para ela e para o bebê, muitas vezes longe de casa. Algumas conseguiam falar a respeito do assunto a uma determinada pessoa em quem confiavam, após elas próprias conseguirem re-elaborar suas ideias e fantasias a respeito, mas se esforçavam para que seu diagnóstico permanecesse em segredo para a maioria das pessoas com quem conviviam¹⁰¹.

As mulheres que foram atendidas por mim durante a gravidez, além do preconceito, tema comum a todas, mostravam preocupações centradas no bebê e no risco da transmissão vertical, assim como a assuntos relacionados à maternidade, passando por todas as questões a ela associadas. Após o parto, sentiam-se mais seguras por saberem que haviam feito o tratamento preventivo e por já terem podido falar a respeito do que as angustiava, durante os atendimentos no período da gestação. Se a criança estava bem, elas ficavam bem e não mais me

¹⁰¹ Quanto ao preconceito, essa preocupação não era exclusiva das mulheres, mas compartilhada por homens. A diferença observada em relação a isso é que os homens não eram abandonados pelas companheiras, após estas tomarem conhecimento do diagnóstico.

procuravam. Apenas uma mulher deu continuidade aos atendimentos após o parto, mas esta tinha sido atendida uma única vez, anteriormente.

Todas as mulheres que ficaram sabendo de sua condição de soropositiva durante a gestação ou no momento do parto, viveram vários meses de incerteza após o nascimento dos filhos, e a cada resultado de exame favorável da criança, sentiam-se mais aliviadas. O fato de terem um bebê dava satisfação a essas mulheres e as incertezas pareciam assumir um aspecto menos ameaçador para as que haviam sido acompanhadas antes do parto. Quanto às que só tomaram conhecimento do diagnóstico na hora do parto e não tinham podido fazer o tratamento preventivo, ficavam muito abaladas emocionalmente e passavam por um período de muita angústia.

As mulheres que tomaram conhecimento de estarem infectadas pelo vírus, mas só começaram a ser atendidas por mim após o parto e puerpério, traziam preocupações e queixas mais diversificadas. Em relação à saúde e à infecção pelo vírus, voltavam sua maior preocupação à criança, embora sua angústia em relação a esta questão não fosse tão intensa como no primeiro grupo de mulheres que buscaram atendimento ainda na gestação. Possivelmente por já estarem vendo o desenvolvimento da criança, quando estas não apresentavam problemas de saúde. Após o parto, outros acontecimentos vieram juntar-se à preocupação inicial que tinham com a saúde, levando-as a procurar um lugar de escuta.

Traziam queixas que diziam respeito às relações com os companheiros, quer por terem sido abandonadas concretamente ou ignoradas, quer por seus parceiros se recusarem a usar preservativos nas relações sexuais. Algumas delas receavam engravidar novamente e passar por mais uma gestação cheia de dúvidas e medos, de mais uma vez correr o risco de ter um filho doente, ou de transmitir o vírus ao parceiro, caso este não o tivesse. Em relação ao parceiro recusar-se a usar preservativo nas relações sexuais, pareciam mais preocupadas com o outro do que com a possibilidade de reinfecções ou de contrair outras doenças sexualmente transmissíveis, com situações de comorbidade. Suas preocupações pareciam ser mais com o outro que com elas próprias. Esse posicionamento confirmava a condição de submissão das mulheres diante dos homens e uma relação hierárquica com o companheiro, na qual as mulheres assumiam menor valor.

Suas queixas diziam respeito, ainda, às relações com pessoas que tomaram conhecimentos de que elas tinham o vírus, em especial familiares, e as rejeitavam. Quanto a outras pessoas era mais fácil cortar

relações e afastar-se, mas sentir-se rejeitada por pessoas próximas da família, para a maioria das mulheres era muito doloroso.

As diferenças entre a forma como se apresentavam as mulheres, antes e após um período de atendimento, apontavam para a importância de um lugar de fala no enfrentamento da doença e na maneira como as mulheres lidavam com a realidade vivenciada. Ocorriam mudanças de posições subjetivas em relação à doença e à maternidade na condição de soropositivas, mas o medo de serem estigmatizadas continuava presente nessas mulheres, por saberem que era algo que vinha do outro e sobre o qual não tinham controle.

Em relação às campanhas de prevenção do HIV/Aids, considero ser importante o esclarecimento dos riscos da prática sexual sem uso de preservativo, mas acredito ser igualmente importante associar seu uso à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis em geral e de gravidez indesejada, desvinculando da Aids a especificidade do uso de preservativo. Pelo estigma associado ao HIV/Aids, as pessoas dificilmente admitem a existência da doença entre aqueles de quem gostam ou entre os que conhecem, até que estes tenham um diagnóstico de soropositivo. Considero imprescindível não apenas preconizar que se deve usar a camisinha durante o ato sexual, mas orientar as pessoas e dar esclarecimentos em relação às diversas doenças transmitidas sexualmente e suas consequências.

Embora fuja ao tema deste trabalho, não posso deixar de me colocar em relação a campanhas de prevenção da doença. É muito grande o número de adolescentes e jovens que engravidam, por falta de prevenção e os índices de infecção por HIV entre esses jovens está crescendo.

Uma campanha eficaz de prevenção não pode ser meramente normativa, mas informativa e esclarecedora, e para isso é imprescindível que se estabeleça um diálogo. Acredito que campanhas educativas deveriam ser feitas antes das infecções acontecerem, e de maneira mais ativa e permanente, não só colocando cartazes em alguns poucos lugares, geralmente os locais onde são feitos os tratamentos das pessoas que já estão infectadas. Ou pela televisão, em períodos específicos do ano, normalmente antes e durante o carnaval.

As escolas deveriam ser locais privilegiados de disseminação deste tipo de informação, como parte de disciplinas curriculares. Seria um meio de se começar a falar e a se refletir sobre o assunto, sob outro prisma, o do conhecimento científico, e não mais sob a ótica do senso comum e do preconceito. Creio que seria uma forma mais viável de se conseguir os resultados desejados de crescimento nos índices de

prevenção entre jovens. Nas escolas estão grande parte dos adolescentes e jovens que estão ou logo mais estarão iniciando a vida sexual e a procriação. De forma geral, nessa faixa etária existe uma maior maleabilidade a mudanças que entre adultos, que muitas vezes já têm uma maneira de se comportar sedimentada.

A dificuldade de implementar tal tipo de programa possivelmente está relacionada à visão que ainda hoje se tem da sexualidade humana e da prática sexual como algo proibido, não como algo prazeroso que faz parte da vida das pessoas e que não pode ser suprimido. Apesar de todos saberem que os adolescentes e jovens (cada vez mais cedo) estão interessados em sexo e muitos deles já iniciaram a vida sexual - basta ver a quantidade de mães adolescentes - os adultos fingem desconhecer o fato e não conseguem conversar com eles sobre o assunto, com o intuito de dar orientações. Existe ainda dificuldade, por parte de muitos adultos, em abordar o assunto com os filhos e alunos.

Embora o Programa de Prevenção às DST¹⁰²/Aids brasileiro seja reconhecido internacionalmente como um dos mais eficientes, ainda temos o que melhorar. É imprescindível que o atendimento básico à saúde possa dar uma maior cobertura à população, assim como ter médicos em maior quantidade nos Postos de Saúde. Isso possibilitaria prestar um atendimento diferenciado aos adolescentes e jovens, bem como que todas as gestantes pudessem fazer um pré-natal de qualidade.

A universalização, o melhor controle e maior rapidez nos resultados dos exames de HIV realizados em gestantes, possibilitaria o início precoce do tratamento adequado a uma gestação de alto risco, minimizando os índices de transmissão vertical da infecção pelo vírus. O programa de prevenção ao HIV/Aids não se resume nem deve ficar limitado à distribuição de remédios, leite em pó para a nutrição dos bebês e preservativos, mas envolve várias outras medidas, no sentido de diminuir os riscos de transmissão. É inadmissível que um bebê nasça contaminado em decorrência da ineficácia da Saúde Pública; é uma falácia deixar para dar esclarecimentos às pessoas sobre o HIV depois que elas já foram infectadas. Tal postura assume caráter puramente normatizador, no sentido de dizer à pessoa infectada como viver sua sexualidade para não transmitir o vírus a outros. Prevenção exige um trabalho anterior com vistas a evitar o dano.

No entanto, ainda que sejam implementadas todas as medidas para uma maior eficácia do programa de combate e prevenção às DST/Aids, não podemos esperar que a totalidade de pessoas use

¹⁰² Doença sexualmente transmissível.

preservativos nas relações sexuais, ou que faça tratamento ao tomar conhecimento de que está infectada pelo HIV. Provavelmente, mesmo nas condições ideais do programa de prevenção em prática, continuariam a existir novos casos confirmados de Aids, embora em menor número, por diferentes motivos.

O primeiro está relacionado às práticas sexuais e ao desejo. A sexualidade é movida pela pulsão e sua finalidade é a obtenção de prazer, portanto, não se adéqua aos ideais higienistas e seus princípios de medicalização da saúde. O desejo escapa à racionalidade e aos cuidados preventivos e mesmo as pessoas que procuram se cuidar se deparam com situações em que deixam de lado esses procedimentos.

O segundo motivo se relaciona ao tratamento da infecção. Uma vez que esta é vista como estigma, a aceitação ou não da doença diz respeito a questões subjetivas, à organização psíquica da pessoa infectada e sua capacidade de lidar com suas imperfeições e falhas. Relaciona-se ao fato de aceitar sua incompletude e finitude, ou seja, a maneira como lida com a castração simbólica.

Entretanto, ainda em relação a esse aspecto, a educação e informações a respeito da doença poderiam contribuir muito para a sua aceitação, podendo ter um efeito de mudança sobre a forma como é vista e sobre as associações simbólicas estabelecidas com relação a ela. O discurso social a respeito da doença possivelmente sofreria uma mudança, embora lenta, o que não deixaria de ter efeitos sobre a construção das subjetividades.

Indiscutivelmente as mulheres soropositivas são mais penalizadas pela sociedade em geral que os homens que se encontram nas mesmas condições. Isso se deve às dessimetrias das normas e práticas sociais e sexuais permitidas a uns e outros, ao longo da história, associadas ao ideal patriarcal, conforme visto anteriormente. Para que essa diferença possa desaparecer, é importante que possam ser discutidas e abertas novas possibilidades para outras formas de ser mulher e de ser homem, fugindo à rigidez imposta, à diferenciação normativa de feminilidades e masculinidades que ainda se vivencia. A essa questão os estudos de gênero podem trazer contribuições. Mas é fundamental que se possa estabelecer um diálogo entre as diversas formas de pensar, para que mudanças possam ocorrer a partir de reflexões sobre os efeitos das práticas e valores sociais na constituição das subjetividades.

Em relação à construção da feminilidade, a psicanálise pode contribuir para essas mudanças com novos estudos e reflexões sobre o assunto. Partindo do pressuposto freudiano de que o humano é dotado de uma bissexualidade inata, Birman (2001) propõe uma nova forma de

pensar e entender a construção teórica de Freud sobre a feminilidade, considerando que esta já estaria presente desde o início da vida.

No entanto, me parece que a ideia proposta pelo autor, tal como ele a formula, de que deveríamos partir do pressuposto de que o humano é imperfeito e a feminilidade já estaria ali presente, mais uma vez reforça a relação estabelecida entre feminino e imperfeição. Também não podemos deixar de levar em conta que a psicanálise tem como certo que a constituição do sujeito, desde seus primórdios, se dá a partir da ilusão narcísica de potência e completude, ou seja, de perfeição. Essa é uma questão fundamental, que certamente faria esbarrar ante a ideia de uma constituição humana imperfeita. Mas cabe refletir a respeito, o que poderia ser tema para um novo trabalho.

Acredito que a partir das reflexões que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho, aqui colocadas, é possível um melhor entendimento de questões psíquicas geradoras de conflitos em mulheres com HIV, não só em relação ao enfrentamento da doença, como em relação ao exercício da maternidade. E ao mesmo tempo, uma melhor compreensão dos efeitos das normas e valores socialmente compartilhados, na constituição das subjetividades. Tanto a doença como a maternidade e o desejo de ser mãe são construções culturais, historicamente datadas, assim como as condições humanas que são estigmatizadas pela sociedade em determinados espaços e tempos.

Espero que as reflexões trazidas nesse retorno à leitura das anotações realizadas durante o tempo em que trabalhei no setor de atendimento psicológico de uma grande instituição pública de saúde, com gestante e mães soropositivas para o HIV, possam servir de ponto de partida para novos estudos.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, Lígia. O gênero na psicologia: uma história de desencontros e rupturas. In: *Psicologia*. Lisboa. v. XV, n. 1, p. 9-26, 2001.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1985.

BARATTO, Geselda; AGUIAR, Fernando. A "psicologia do ego" e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. In: *Revista de Filosofia*, v. 19, n. 25, p. 307-331, julho/dezembro 2007.

BERNARDINO, Leda Maria Fischer. (Org.). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.

BIRMAN, Joel. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: *Psicanálise e universidade*. São Paulo. n. 2, p. 7-37, março de 1994. Atas do 2º encontro acadêmico em psicanálise, realizado em novembro de 1992. Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____. O sujeito no discurso freudiano. In: *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Ed. 34, 1997. p. 15-42.

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

BOZON, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista*

Latinoamericana, n. 3, p. 154-170, 2009. Disponível em www.sexualidadsaludysociedad.org. Acessado em 11.04.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids/HIV. Estatísticas. *Boletim Epidemiológico 2010*. Disponível em www.aidshiv.com.br, acessado em 04.10.12.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco. Acessado em 30.10.12.

BRASIL. Ministério da Saúde. DST/Aids Hepatites Virais. Aids no Brasil. *Boletim Epidemiológico 2011*. Disponível em www.aids.gov.br, acessado em 05.10.12.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000.

CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre sentimentos de gestantes. In: *Interação em Psicologia*. Curitiba. (10) 2, p.345-355, julho/dezembro 2006.

CECCARELLI, Paulo Roberto. In: RIAL, Carmen; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero. (Orgs.). *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade*. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 2010. p. 269-285.

CHEMAMA, Roland; VANDERMERSCH, Bernard. *Dicionário de psicanálise*. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2007. 399p.

CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 2002.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35.

_____. *O conceito de sujeito*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

FERREIRA, Severina Silvia M. Manhês: uma questão de estrutura. In: *Anais do I Encontro Nordestino de Psicanálise e Clínica com Bebês e 3ª Jornada de Psicanálise e Pediatria dos Hospitais Universitários Alcides Carneiro (Campina Grande) e Lauro Wanderley (João Pessoa)*, dias 24 e 25.10.03. Campina Grande, PB.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. Precondições socioculturais para o aparecimento da psicologia como ciência no século XIX. In: _____. *Psicologia: uma (nova) introdução*. São Paulo: EDUC, 2002. p. 18-52.

FINK, Bruce. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FREUD, Sigmund. Interpretação dos sonhos. (1900). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV e V.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII, p. 128-229.

_____. Cinco lições de psicanálise. (1910 [1909]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI, p. 17-65.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p. 123-133.

_____. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. (1913). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p. 137-158.

_____. Totem e tabu. (1913 [1912-1913])b. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII, p. 13-162.

- _____. Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 75-113.
- _____. As pulsões e suas vicissitudes. (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 117-144.
- _____. O inconsciente. (1915)b. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 165-222.
- _____. O "estranho". (1919). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII, p. 235-269.
- _____. Além do princípio do prazer. (1920). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII, p. 13-75.
- _____. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 155-161.
- _____. A dissolução do complexo de Édipo. (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 191-199.
- _____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. (1925). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 273-286.
- _____. O mal-estar na cultura. (1930 [1929]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI, p. 73-148.
- _____. Tipos libidinais. (1931). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI, p. 225-228.

_____. Sexualidade feminina. (1931)b. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI, p. 233-251.

_____. Feminilidade. (1933 [1932]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII, p. 113-134.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. (Reimpressão). Rio de Janeiro: LTC, 2012.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PICCININI, Cesar Augusto (Orientador). *Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PICCININI, Cesar Augusto (Orientador). *Maternidade e HIV/Aids no contexto de uma intervenção psicoeducativa durante a gestação*. Tese de Doutorado. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

GUIMARÃES, Carmen Dora. "Mais merece!": o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. Ano 4, n. 2, p. 295-318, julho/dezembro 1996.

JERUSALINSKY, Alfredo. *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KAUFMANN, Pierre. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 785p.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. (1953-1954) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.

_____. *O seminário, livro 3: as psicoses*. (1955-1956) 2. ed. revista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. (1957-1958) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. *O seminário, livro 10: a angústia.* (1962-1963) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* (1962-1963) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O seminário, livro 12: problemas cruciais para a psicanálise.* (1964-1965) Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. Publicação para circulação interna. (20--).

_____. *O seminário, livro 20: mais, ainda.* (1972-1973) 2 ed. Revisada Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu. (1949) In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b. p. 96-103.

_____. Variantes do tratamento-padrão. (1955) In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b, p. 325-364.

_____. A significação do falo. (1958) In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b, p. 692-703.

_____. O objeto da psicanálise. (Resumo do seminário 1965-66.) In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 224-225.

LAGO, Mara Coelho de Souza. A psicanálise nas ondas dos feminismos. In: RIAL, Carmen; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero. (Orgs.). *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade*. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 2010. p. 287-304.

_____. Feminismo, psicanálise, gênero: viagens e traduções. (2010)b. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. 18 (1), 288, p. 189-204, janeiro/abril 2010.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. Epistemologia e psicanálise: o estatuto do sujeito. In: *Percurso*. São Paulo. n. 13, p. 57-63, 2/1994.

LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero, dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 2001.

LAZNIK, Marie-Christine. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador, BA: Ágalma, 2004.

LEBRUN, Jean-Pierre. *A perversão comum: viver juntos sem Outro*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *As estruturas elementares do parentesco*. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

LEVIN, Esteban. *A função do filho: espelhos e labirintos da infância*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira Mandú; DIÓZ, Marjoreth Dióz. Percepções de Grávidas em torno da prevenção da contaminação do HIV e de sua transmissão vertical. In: *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá. v. 5, n. 3, p. 344-354, setembro/dezembro 2006.

MELMAN, Charles. *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann *et al.* "Mulher sem-vergonha" e "traidor responsável": problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. 12(2), 264, p. 51-76, maio/agosto 2004.

MIRANDA, Cássio Eduardo Soares. *A clínica da criança e a supervisão em psicanálise: avanços e impasses*. 20---. Disponível em www.unilestemg.br/revistaonline/volumes/01/.../artigo_08.doc. Acessado em 24.06.12.

MEZAN, Renato. Pesquisa teórica em psicanálise. In: *Psicanálise e universidade*. São Paulo. n. 2, p. 51-75, março de 1994. Atas do 2º encontro acadêmico em psicanálise, realizado em novembro de 1992. Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____. Psicanálise e psicoterapias: qual a relação? In: _____. *Tempo de muda: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 311-327.

MONTEIRO, Simone. *Qual a prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

REMOR, Carlos Augusto; WEINZIERL, Greici. Efeito de sentido. In: *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, EDUFSC. v. 42, n. 1 e 2, p. 217-226, abril e outubro de 2008.

ROUDINESCO, Elizabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874p.

SOLIS-PONTON, Letícia. A construção da parentalidade. In: *Ser pai, ser mãe: parentalidade, um desafio para o terceiro milênio*. _____. (Org.). São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004. p. 29-40.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TUBERT, Silvia. Introducción a la edición española. In: FLAX, Jane. *Psicoanálisis y feminismo: Pensamientos Fragmentarios*. Madrid: Cátedra, Universita de Valencia, Instituto de la mujer, 1995.

VAITSMAN, Jeni. Políticas preventivas: os limites das abordagens racionais. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. vol. 11, n. 1. Janeiro/Junho 2003.

VIDIGAL, Miza Maria B de A.; TAFURI, Maria Izabel. Parentalização: uma questão psicológica. In: *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*. v. 7, n. 2, p. 65-74, novembro de 2010. Disponível em www.fundamentalpsychopathology.org. Acessado em 03.07.11.