



PUC

MARIA LUCIA GOMES FRADINHO

AIDS: A MAIS MODERNA INJÚRIA NARCÍSICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rio de Janeiro, de 1995

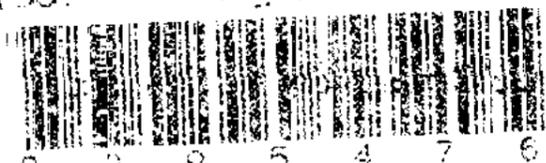
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

Ni Chharaada: #50 / P799a / TESS UC

IP ID: ADS: 195 01291-310001



Material 2

0 0 9 5 4 7 6
195 1830

EX: 1-1-1830

MARIA LUCIA GOMES FRADINHO

AIDS: A MAIS MODERNA INJÚRIA NARCÍSICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

fevereiro / 1995

MARIA LUCIA GOMES FRADINHO

AIDS: A MAIS MODERNA INJÚRIA NARCÍSICA

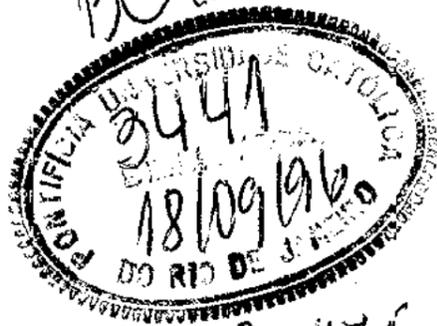
Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC-Rio
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Psicologia
Clínica.

Orientador: Sérvulo Augusto Figueira.

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
fevereiro / 1995

UC. 66852A

Beld



9547E

150
F799a
TESEUC

Ah, se fosse um terremoto? Uma boa sacudidela e não se fala mais nisso... Contam-se os mortos, os vivos, e pronto. Mas esta porcaria de doença? Até os que não a apanham, parecem trazê-la no coração (CAMUS, p. 81).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram e, especialmente:

- ao Professor Doutor Sérvulo Augusto Figueira, meu orientador, pela atenção, cuidado e otimismo com que me acompanhou na realização desta dissertação
- ao CNPq., pelos trinta meses de bolsa de estudos que me concedeu
- a José Otávio Naves, que como supervisor e amigo sempre esteve presente no meu percurso profissional
- às psicanalistas e amigas Paula Moreno Breves e Sandra Santos, que me apresentaram às pessoas entrevistadas
- às pessoas que, voluntariamente, aceitaram participar das entrevistas
- à Maria Beatriz Ortigão de Sampaio, que deu uma importante contribuição em termos de informações de clínica médica sobre AIDS
- à Lúcia Thereza Lessa Canegal, que com carinho aceitou fazer a revisão, realizada com atenção e eficiência
- à Ana Roxo que com dedicação e paciência digitou este trabalho
- aos meus familiares e amigos e, especialmente, a Cadmo Silva Bastos, meu companheiro e amigo, que me incentivaram durante todo este processo

RESUMO

Este trabalho procura referir a AIDS à injúria narcísica, além de correlacioná-la a outros temas da psicanálise, tais como castração e angústia.

A AIDS não é apenas uma síndrome, um leque de sintomas que abate e conduz à morte um organismo vivo, o homem. Por suas próprias características - letalidade e contágio sexual - ela se liga a uma série de significações, que nem sempre correspondem à realidade provocada pelo vírus, muitas vezes gerando *pré-conceitos*. Estas significações permeiam o imaginário do sujeito atual e, por isto, conhecê-las é fundamental, para melhor lidar com a doença.

A noção de que a AIDS pode se constituir em uma injúria narcísica refere-se aos avanços da medicina e às modificações dos costumes morais, o que possibilitou um investimento narcísico maciço na sexualidade. Após a vivência sexual ter se liberado de limites até então impostos pelas forças da natureza (risco de gravidez, doenças venéreas etc.), surge um novo limite, cerceador da liberdade conquistada. A AIDS é este novo limite. Para que a sexualidade possa ser vivida livre de riscos à integridade física provocados pelo HIV, ela deve se ligar a novos referenciais, como por exemplo, a camisinha.

A aceitação destes novos referenciais se dá de acordo com a estrutura do sujeito. Quanto mais narcísico, mais voltado para si mesmo e de costas para a castração, para uma realidade externa. Pelo contrário, quanto menos narcísico, maiores as possibilidades de conviver com os novos referenciais, protegendo sua integridade física, sem abrir mão do prazer sexual.

RÉSUMÉ

Ce travail cherche à rattacher le SIDA à l'injure narcissique en même temps qu'il établit une corrélation de cette maladie avec d'autres thèmes de la psychanalyse, tels que la castration et l'angoisse.

Le SIDA n'est pas uniquement le syndrome, un éventail de symptômes qui abat et mène vers la mort un organisme vivant, l'homme. Par ses propres caractéristiques - létalité et contagion sexuelle - il est lié à une série de significations qui ne correspondent pas toujours à la réalité provoquée par le virus, gérant souvent des *pré-jugés*. Ces significations passent au travers de l'imaginaire du sujet actuel et pour cela, il est fondamental de les connaître pour mieux combattre cette maladie.

La notion que le SIDA peut être considéré comme une injure narcissique se réfère aux progrès de la médecine et aux modifications des coutumes morales, ce qui a rendu possible un investissement massif dans la sexualité.

Après s'être libérée des limites qui jusqu'ici lui étaient imposées par les forces de la nature (risque de grossesse, maladies vénériennes etc.) l'expérience sexuelle a vu apparaître une nouvelle limite, portant atteinte à cette liberté acquise.

Le SIDA est cette nouvelle limite. Pour que la sexualité puisse être vécue libre de risques à l'intégrité physique provoqués par le HIV, elle doit se rattacher à de nouveaux points de référence tel que le condom (la capote anglaise).

L'acceptation de ces nouveaux points de référence se réalise en accord avec la structure du sujet. Plus il est narcissique, plus il est tourné vers lui-même et de dos à la castration, à la réalité externe. Au contraire, moins il est narcissique, plus il a de chances de vivre avec de nouvelles références, protégeant son intégrité physique sans abdiquer de son plaisir sexuel.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1: ALTERAÇÕES ORGÂNICAS DA AIDS	4
1.1 Características: o que é a AIDS ?	4
1.2 Tratamento existentes	12
1.3 Testes	13
1.4 Condições de vida do aidético e do portador do vírus HIV	14
1.5 Exigências do tratamento e os temores relacionados à doença	15
1.6 Realidade hospitalar e disponibilidade de assistência	16
1.7 Percurso da AIDS: sua incidência sobre a população, entre os anos 1980-1993	17
Capítulo 2: A AIDS E SUAS IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS	19
2.1 Contextuação	19
2.2 Discurso sobre a AIDS (ou a AIDS e seus significados)	23
2.3 Reações frente ao aidético, ao vírus HIV e à possibilidade de contágio	26
2.4 AIDS e mídia	29
2.5 AIDS e onipotência	31
2.6 AIDS e preconceito	34
2.7 AIDS e sexualidade	39

Capítulo 3: A AIDS NA TEORIA PSICANALÍTICA	44
3.1 Narcisismo	44
3.2 Castração e complexo de Édipo	68
3.3 A angústia	96
Capítulo 4: AS ENTREVISTAS	113
4.1 O contato com os entrevistados	113
4.2 Roteiro da entrevista	114
4.3 Os entrevistados	115
4.4 Relação sobre alguns tópicos da teoria psicanalítica e as entrevistas	122
4.5 Subsídios à entrevista: folheto de apresentação	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140

INTRODUÇÃO

Esta dissertação, intitulada *AIDS: a mais moderna injúria narcísica* pretende levantar questões sobre as possíveis modificações causadas pela AIDS no comportamento e estrutura psíquica do sujeito não-portador do vírus HIV. O sujeito de quem falamos lida, em sua vida sexual, com o risco de contrair a doença.

Este estudo se restringe ao risco de contágio pela atividade sexual. Assim, deixamos de lado os riscos de contaminação por transfusão de sangue ou compartilhamento de seringas com drogas injetáveis, para nos dedicarmos à questão da sexualidade.

Partimos do ponto de vista de que a sexualidade, com o avanço da medicina e a mudança nos costumes morais, tornou-se mais livre, a ponto de poder ser investida narcisicamente. Criou-se a idéia de um prazer sexual sem limites, vivido até o excesso.

Com o aparecimento da AIDS, esta realidade tende a se modificar, pois uma liberdade sem limites ou referenciais do ato sexual pode levar o sujeito a contrair um vírus causador de um leque de sintomas dolorosos que, sem cura, conduzem à morte.

A partir deste novo contexto em que se insere a sexualidade humana, acreditamos que, podem ocorrer transformações, não só na vivência sexual, mas também na estrutura do sujeito.

Por levarmos em conta que a AIDS é uma doença que atinge um corpo que é biológico e é psíquico - ou seja, o sujeito não possui um corpo, ele é um corpo - recorreremos à medicina, mesmo que de forma simples e sucinta, na tentativa de, situando clinicamente a AIDS, melhor orientar nosso estudo. Eis o tema do primeiro capítulo: uma pequena apresentação (já que não se trata de um trabalho para médicos, e sim para psicólogos e psicanalistas) do que é a AIDS (origem, vírus, sintomas), suas formas de contaminação e prevenção, os tratamentos existentes e o que eles exigem do sujeito, bem como as

condições deste, como infectado pelo HIV, sintomático ou não. Outro ponto é a realidade hospitalar brasileira, mais especificamente do Rio de Janeiro. Por fim, analisamos os caminhos percorridos pelo vírus, entre os anos de 1980 a 1993.

O segundo capítulo trata do lugar do aidético na sociedade e das implicações que a AIDS produz na realidade deste sujeito. Fazemos uma breve contextualização da AIDS, referida à nossa história e sociedade e ao momento em que se difundiu enquanto epidemia. O discurso e os significados da AIDS são temas presentes neste capítulo. Aqui observamos que a AIDS não é somente uma síndrome clínica, mas algo que, por suas próprias características, vem carregado de significações. Outro ponto abordado é a situação do aidético, as reações provocadas pelo vírus e pelas possibilidades de contágio. Outros pontos são abordados, tais como a relação entre AIDS e mídia, a onipotência, o preconceito e a sexualidade.

O terceiro capítulo é um estudo de alguns temas da teoria psicanalítica, que correlacionamos com o tema da AIDS.

Ao levar em conta a extensão da teoria psicanalítica e sua complexidade, foi fundamental traçar sobre ela um recorte, escolhendo três temas básicos - narcisismo, castração e angústia - relacionando-os com o tema da AIDS. Este é um capítulo extenso e didático, baseado nos textos de Freud, embora tenhamos também recorrido a outros estudiosos do mestre.

O quarto capítulo consta da apresentação e da análise das entrevistas. Após a exposição teórica, achamos que seria interessante confrontar o que as pessoas dizem sobre o assunto com nossas expectativas. É, pois, um capítulo ilustrativo, sem maiores pretensões. Escolhemos cinco temas da teoria psicanalítica - injúria narcísica, castração, negação, inibição e angústia - os quais confrontamos com as respostas dos entrevistados. Também levantamos a questão discursiva descrita no capítulo 2.

Uma das dificuldades encontradas neste estudo foi a articulação entre teoria psicanalítica e o objeto de estudo deste trabalho, ou seja, o sujeito diante da ameaça que é a AIDS. Isto se deve ao fato da teoria psicanalítica ter um objeto abstrato, construído, enquanto o nosso objeto de estudo é, em última instância, *histórico, real e social*.

Acreditamos, também, que se mais tempo houvera, poderíamos, talvez, chegar a uma formulação mais sintética.

Devemos fazer duas ressalvas: este trabalho não tem a pretensão de dar respostas ou soluções às questões provenientes desta recente pandemia, mas sobretudo, deseja formular novas questões e fazer correlações com a teoria psicanalítica.

Capítulo 1: ALTERAÇÕES ORGÂNICAS DA AIDS

1.1 Características: o que é a Aids

Origem

Em 1979 surgiram alguns casos de pneumonia que chamaram a atenção de médicos e cientistas por apresentarem determinadas características. As pessoas contaminadas eram homens, jovens até então bastante saudáveis. O agente causador da pneumonia nestes homens foi o *Pneumocystis carinii*. Por este germe não ser patogênico, supôs-se alguma deficiência imunológica. A averiguação das histórias destes pacientes descobriu algo em comum entre eles: eram todos homossexuais.

No ano de 1981, a AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - foi descrita pela primeira vez. Neste momento, os casos foram reconhecidos pelo aparecimento de sintomas incomuns, tais como o sarcoma de Kaposi e a pneumonia por *pneumocystis carinii*. Os infectados eram todos homens jovens e homossexuais. Anteriormente, esses sintomas eram restritos a outros grupos da população, - sobretudo africanos - e praticamente limitados a estes.

Tais descobertas levaram os cientistas e médicos da época, assim como a mídia, a considerarem e divulgarem a AIDS como uma doença de homossexuais.

...recaindo na impropriedade semântica, os médicos americanos tinham ingenuamente inventado a etiqueta 'GRID' para Gay Related Immuno Deficiency, em português: Imunodeficiência Relacionada à Condição Homossexual (LEIBOWITCH, 1984, p. 13).

Mais tarde, por novas descobertas e rumos do vírus descobriu-se o engano. A AIDS não é uma doença restrita ao grupo homossexual, mas sim uma doença à qual todos estamos sujeitos.

Durante os meses de julho e agosto de 1982, os mapas 'multifatoriais' rapidamente empilhados em torno da homossexualidade masculina desmoronaram bruscamente. Foram, com efeito, detectados casos entre mulheres, depois entre crianças hemofílicas, entre homens viciados em heroína e, sobretudo, o que em síntese constituía o 'mistério', num lactente que recebera transfusão ao nascer, e num heterossexual comprovado, submetido à transfusão no Haiti... (id., p. 23).

O sarcoma de Kaposi era encontrado basicamente só no Mediterrâneo. A pneumonia por *pneumocystis carinii*, muito rara, restringia-se a pacientes cancerosos terminais e sempre ligava-se a alguma imunodeficiência. Logo surgiram outros casos, em que os sujeitos se caracterizavam por serem hemofílicos ou usuários de drogas injetáveis. Estes fatores conduziram à descoberta da contaminação pelo sangue.

Existem algumas hipóteses para o surgimento do vírus da AIDS, mas nenhuma delas foi ainda comprovada. A primeira é a de que sua origem estaria em laboratórios, e centros de pesquisa americanos onde, por descuido ou acidente, alguém tivesse se contaminado. Esta suspeita, veiculada pela população, não encontrou maior fundamento. Na segunda hipótese, melhor aceita por médicos e cientistas, este vírus teria sua origem na África, sudoeste do Japão e Antilhas. Na África, por exemplo, a AIDS é endêmica. Lá grande parte da população apresenta o vírus HTLV e, curiosamente, a incidência maior recai sobre os heterossexuais.

Os primeiros casos na Europa e Estados Unidos eram, em grande parte, de pessoas que tiveram contato com estes lugares africanos e asiáticos, através de seus habitantes, por relações sexuais, compartilhamento de seringas no uso de drogas ou por transfusões de sangue.

A partir desses dados foi proposta a origem deste vírus na África. Em macacos africanos foi encontrado um retrovírus - STLV, associado a doenças linfoproliferativas. Foi sugerido que este retrovírus já existe há muito tempo, em numerosas espécies de macacos, neste espaço geográfico. Estes retrovírus teriam se movido dos animais para o homem através de relações sexuais. A passagem do retrovírus STLV do animal para o homem originaria, por mutação, o HTLV.

O vírus

Todos os vírus são intracelulares obrigatórios, ou seja, eles precisam estar dentro de uma célula para poderem viver e se multiplicar.

Todo vírus possui um código genético próprio e transforma seu DNA em RNA, para posteriormente produzir proteínas. O vírus da AIDS é, na realidade, um retrovírus, pois produz proteínas a partir da operação inversa: ele possui RNA e o transforma em DNA. Daí que todos os vírus (DNA ou RNA) e retrovírus (RNA) têm seu próprio código genético.

Eles necessitam da célula para viver, pois apesar de possuírem seu próprio código genético, não são equipados para fabricar proteínas a partir deste. A aparelhagem da célula invadida é utilizada neste processo.

Quando o vírus entra na célula, anula o DNA desta, fazendo como se ela não existisse. Nesta situação, a célula ocupada, com seu DNA anulado, acaba por morrer, na impossibilidade de produzir o que ela própria precisa. Neste "habitat", o vírus pode se multiplicar, liberando novos vírus, que penetram em outras células, aumentando, desta forma, o número de ciclos.

As células atacadas são os linfócitos (glóbulos brancos) que funcionam no organismo como células de defesa. Estas células, depois de invadidas pelo vírus da AIDS,

ficam circulando pelo organismo, que, sem defesas, fica suscetível a qualquer doença. O que a AIDS provoca é uma queda das defesas, daí ser denominada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O HTLV foi o primeiro retrovírus humano identificado como tal. Foi descoberto em alguns lugares do mundo, como o sudoeste do Japão, Bacia do Caribe, norte da América do Sul e, principalmente, na África.

Este retrovírus linfotrópico é o agente etiológico da AIDS. Para os cientistas Gallo e Montagnier (ver DE VITA, 1988) e suas equipes, ele teria sofrido uma variante, que daria origem ao agente etiológico da AIDS, o HIV-1. Atualmente já foi isolada em laboratório também uma outra variante do HIV-1, o HIV-2.

O HTLV é um vírus humano, causador de doenças por imunodeficiência, em pequena proporção de indivíduos (África) e que possui uma ação destrutiva mais branda. Existem dois tipos de vírus HTLV: o HTLV-1, que se relaciona com os linfomas, e o HTLV-2, que se relaciona à leucemia. Por uma mutação, seria dada origem a um vírus causador de doenças em alta escala - a AIDS. A princípio, os cientistas nomearam este vírus de HTLV-3, e só mais tarde suas denominações passaram a ser HIV-1 e HIV-2.

Estes vírus são causadores de patologias com sintomas graves, ligados à imunodeficiência. Todos os vírus acima citados são humanos, mas tem sua correspondência em animais.

Homem	Animal
HTLV	STLV
HIV	SIV

Existem teorias que afirmam que os primeiros vírus seriam de macacos

(S vem de símio), que por contatos sexuais com seres humanos dariam origem às variantes de vírus no homem.

O HIV-2 foi descoberto mais recentemente e acredita-se ser uma variação genética do HIV-1. O HIV-2 restringe-se praticamente à África, sendo raríssimo no Brasil. Por isto, neste trabalho, faremos referência ao retrovírus da AIDS como o HIV-1, pois é o encontrado em nosso país.

O HIV-1, por ser um vírus, é mutante, assumindo, em cada lugar do mundo, formas diferentes, até mesmo em indivíduos de uma mesma localidade. Também num mesmo indivíduo, em algum tempo torna-se resistente à medicação, como decorrência das mutações. É por este motivo que ainda não se conseguiu fabricar uma vacina capaz de conter esta doença.

Sintomas

São muito variados, e vão sempre depender da localização, tipo e gravidade da infecção. É bastante comum iniciarem-se com uma pneumonia que, uma vez tratada e curada, dão lugar a diarréias, por exemplo, e assim por diante, segue-se uma série de doenças.

Procuraremos citar, de forma breve, os principais e os mais comuns sintomas decorrentes desta epidemia. Eles podem ser de ordem orgânica ou psicológica.

Sintomas orgânicos

- Pneumonia (por *pneumocystis carinii*)
- Diarréia
- Lesões de pele, como por exemplo, o sarcoma de Kaposi. É um câncer de pele que causa lesões de aparência bastante feia. Surgem como verrugas,

que logo crescem e ficam arroxeadas. Se não forem tratadas, tendem a crescer mais e mais. Este é um câncer das células dos vasos sanguíneos da pele, embora também possa ocorrer no intestino, com sangramentos. É bastante comum em homossexuais. Há hipóteses de que se instale na mucosa anal, através da relação sexual, e que seja provocado por algum outro vírus

- Coceiras na pele. São insuportáveis e apresentam prurido. Não há tratamento nem nada que as alivie. Este sintoma é mais raro
- Dermatite seborréica. São descamações finas da pele, geralmente no rosto
- Queda de cabelo, que fica fino e fraco, podendo ficar mais claro por falta de proteínas
- Aftas
- Perda de peso. Consequência da dificuldade de se alimentar devido a infecções na boca ou no esôfago, gasto de energias não repostas, diarreias, etc. Este emagrecimento leva geralmente ao estado de caquexia, que consiste em uma perda patológica de peso. Um adulto pode chegar a pesar menos de trinta quilogramas
- Desidratação, como resultado de freqüentes e intensas diarreias
- Fadiga
- Insônia
- Alterações cerebrais na fase final da doença
- Toxoplasmose cerebral. A maioria das pessoas é contaminada na infância, porém a doença permanece assintomática, pois o protozoário fica latente por toda a vida do indivíduo. Na imunodeficiência ele passa a provocar doença cerebral. De modo geral, manifesta-se com dor de cabeça,

paralisias e febre

- Encefalopatias. Ocorre demência e confusão mental, podendo levar ao coma.

Todos estes sintomas decorrem de doenças que se aproveitam do estado indefeso do organismo - causado pelo vírus da AIDS - para se multiplicarem e se agravarem.

O sujeito adquire várias infecções e morre de uma delas ou de várias associadas.

Sintomas psíquicos:

- Crises de angústia
- Reações paranóides, maníacas, depressivas e histeriformes
- Quadros psicóticos atípicos, em geral de breve duração
- Estados confusionais e confuso-oníricos (*delirium*)
- Apatia
- Distúrbios da memória de fixação
- Diminuição da concentração e atenção.

Quando, além da apatia, somam-se os dois últimos itens, pode-se estar diante de um quadro denominado "complexo demencial da AIDS", que na verdade representa o acometimento direto do Sistema Nervoso Central pelo HIV. Existem registros de casos de AIDS cujo quadro clínico apresenta sintomas demenciais.

Embora tenhamos dividido os sintomas em orgânicos e psíquicos, entendemos que a AIDS atinge o corpo como um todo, que na prática não pode ser

dividido. Podemos observar que alguns sintomas psíquicos têm correspondência ou estão muito ligados - enquanto causa ou consequência - com o orgânico. Ainda mais, o sujeito não é somente possuidor de um corpo, ele é um corpo que respira, se alimenta, sofre, sente prazer e desprazer.

A partir desta posição, podemos avaliar o grau de fragilidade e sofrimento a que fica acometido um aidético. Estas doenças e sintomas dificultam-no a prosseguir em seu trabalho, vida afetiva e social. Fraqueza e cansaço diminuem o ritmo de suas atividades. A aparência dos sintomas comumente provoca nojo e repulsa nas pessoas. O medo de contágio está sempre presente, desde uma forma racional, séria e objetiva (e aí, ao invés de medo da AIDS, poder-se-ia falar em cuidados com a AIDS) até medos exagerados e não fundamentados, que só geram preconceitos e discriminação.

Formas de contaminação

Este retrovírus tem como rotas de transmissão as relações sexuais, as transfusões de sangue e o compartilhamento de seringas por viciados em drogas endovenosas. Neste trabalho, deter-nos-emos unicamente no aspecto da sexualidade.

Contrariamente ao que se acreditava no início da doença, esta não é uma doença de homossexuais. Não só as relações homossexuais podem ser fonte de contágio, mas também qualquer relação sexual genital. Os "líquidos sexuais" (masculinos e femininos) e o sangue são "ricos" em vírus. Assim, numa relação sexual, o recebimento de esperma, seu contato com feridas (mesmo pequenas, praticamente invisíveis) e/ou a troca de sangue possibilitam a contaminação.

Na saliva, a quantidade de vírus é mínima, por isso não há perigo no beijo. Abraços e carícias não oferecem perigo algum.

Formas de prevenção

Atualmente, como não há vacinas ou tratamentos eficazes, a única forma de prevenção é a educação, no sentido de uma reeducação da atividade sexual. Aí a mídia assume grande importância quando, através do rádio, televisão, revistas, jornais e até mesmo de *outdoors*, expõe este assunto de forma simples e clara, na tentativa de atingir o maior número possível de pessoas. A primeira regra e a mais importante é: "Use a camisinha!". Este protetor de látex deve agora fazer parte das relações sexuais. Qualquer tipo de contato (oral ou genital) com a genitália do parceiro deve ser protegido.

1.2 Tratamentos existentes

A principal, a primeira e a mais comum medicação utilizada é o AZT (Azidotimidina). Ela tem o poder de retardar a evolução da doença, na medida em que aumenta o intervalo entre uma infecção e outra. No entanto, o AZT não tem o poder de curar uma pessoa contaminada pelo HIV - sintomática ou não - visto que os vírus são muito mutáveis e logo se tornam resistentes ao tratamento.

Além disso, o AZT tem como efeito colateral a neutropenia, ou seja, a diminuição do número de neutrófilos, que são também glóbulos brancos, os quais estão ligados basicamente às defesas contra as bactérias.

É praticamente a única medicação utilizada no Brasil. Seus custos são bastante elevados.

Um outro remédio, o ddI (dideoxionina) é usado quando o vírus já se mostrou resistente ao AZT. Seu principal efeito colateral é a pancreatite com dores e alterações metabólicas e nas enzimas. Por seus custos serem ainda mais elevados do que os do AZT, este medicamento não é utilizado nos hospitais do Brasil.

Estudos atuais procuram associar drogas, a fim de diminuir os efeitos colaterais e aumentar a ação antiviral.

Uma questão debatida por médicos e cientistas, nos dias de hoje, é se as medicações devem ser dadas quando o paciente é ainda portador sã, ou só após deflagrada a doença. Por um lado, no portador sã, o medicamento pode atacar logo o vírus, antes que ele prolifere, e assim tentar adiar o surgimento da doença. Mas por outro lado, sabe-se que o vírus logo se torna resistente ao medicamento. Neste caso, o paciente enfrentaria dois problemas: já estar resistente ao tratamento logo que sua doença surgisse e o aparecimento dos sintomas colaterais próprios do remédio. Por isso, usa-se administrar a medicação só após o aparecimento dos primeiros sintomas.

Em relação às vacinas, ainda não existe nada eficaz, pois o vírus é mutante e assume diversas formas. Os pesquisadores procuram descobrir algo no vírus que não mude nunca e que, sendo este atacado, provoque sua morte.

No Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio (RJ), está trabalhando em cooperação com a OMS - Organização Mundial de Saúde, no estudo do "vírus brasileiro".

1.3 Testes

No Brasil, são utilizados basicamente dois tipos de testes: o Elisa (Enzyme Lintred Immunosorbent Assay) e o Western Blot.

O primeiro serve geralmente como teste de triagem e é o mais usado por ter custos menores. Assim, quando há a suspeita de AIDS, o primeiro teste a ser aplicado é o Elisa. Em caso de dúvidas, este pode ser repetido ou então será usado o Western Blot, que é um teste confirmatório e mais específico, porque detecta vários anticorpos contra o vírus. É um teste mais oneroso, e por conseguinte, menos encontrável nos hospitais.

O que o teste detecta não é o vírus da AIDS, mas sim os anticorpos produzidos pelo organismo que procura se defender. Entre a entrada do vírus no organismo e a produção de anticorpos, decorre um certo tempo. É por este motivo que, em algumas pessoas contaminadas, o resultado é negativo. Estes casos são chamados "falso negativo" e o espaço de tempo em que o teste é falho, de "janela imunológica". Só após um mês ou mês e meio o sujeito passa a ter anticorpos suficientes para serem detectados pelo teste. O risco nestes falsos negativos é que eles podem, pela ignorância de seu real estado, contaminar outras pessoas, através da doação de sangue ou de relações sexuais sem o uso de preventivos.

1.4 Condições de vida do aidético e do portador do vírus HIV

Quando o sujeito é ainda assintomático, suas condições de vida são, a princípio, normais. O vírus ainda não debilitou seu organismo, nem foi causa de qualquer doença. Neste momento, as alterações possíveis decorrem de fatores psíquicos ou sociais, que veremos adiante.

Já as condições de vida de um paciente sintomático ficam bastante limitadas. Toda a sua vida fica na dependência de possíveis infecções, de sua gravidade e número. Ele precisa de "tratar" da AIDS utilizando sua medicação e tratamento específicos, além de cuidar de todas as outras infecções oportunistas causadas pelo HIV. O paciente pode ser acometido por infecções sucessivas e até mesmo simultâneas. Como vimos, a própria medicação (AZT e ddI) tem seus efeitos colaterais.

Além do abatimento causado pelas infecções, as constantes idas aos hospitais (para exames, consultas e até mesmo internações) restringem em muito a vida do aidético. Ele é acometido pela fadiga e pelo desânimo. Todos estes fatores trazem grandes

implicações para sua vida profissional, afetiva, sexual etc. O aidético convive constantemente com dor, perdas e com a expectativa de uma nova doença que pode chegar a qualquer momento, com níveis de gravidade e sofrimento variados.

1.5 Exigências do tratamento e os temores relacionados à doença

Os pacientes com AIDS sintomáticos precisam de tratamento intensivo. Primeiramente, através de medicamentos próprios para atacar o vírus, ainda hoje pouco eficazes. Logo após o aparecimento do AZT, este era dado em doses de seis vezes ao dia. Atualmente sua frequência foi reduzida para quatro vezes ao dia. Já o ddI é sempre recomendado duas vezes ao dia. Estes remédios, como já foi visto, causam efeitos colaterais que devem ser tratados.

O paciente precisa fazer visitas constantes aos hospitais para acompanhamento do tratamento, exames etc.

Além destes tratamentos, o paciente aidético deve tratar dos sintomas causados pelo vírus HIV. Vimos que os sintomas vão se relacionar com os órgãos atingidos e que o vírus pode atingir, pela imunodeficiência que causa, uma quantidade grande de órgãos. Estas infecções podem se suceder umas às outras, como também ocorrer simultaneamente. Com isto, o paciente é diversas vezes internado em hospitais, na tentativa de fazer ceder cada infecção, o que sempre significa risco de vida. Mesmo quando não é necessária a internação (nos períodos em que a doença não causa efeitos destrutivos ao organismo), a visita a hospitais e consultórios médicos é uma constante.

Observamos que o paciente passa a viver em função da doença, de seu corpo doente e repleto de sofrimento. Em seus pensamentos, a expectativa da morte está sempre presente. A cada nova infecção, acrescenta-se mais uma dor e a expectativa de nova

infecção, seqüência de expectativas carregadas da fantasia de morte e de perdas. Como será esta? Mais dolorosa que as anteriores? Estas questões envolvem de maneira aflitiva o paciente portador deste vírus.

1.6 Realidade hospitalar e a disponibilidade de assistência

No Rio de Janeiro, os principais centros de atendimento a pacientes aidéticos são: Hospital Gafrée Guinle, Hospital do Fundão (vinculado à UFRJ), Hospital Pedro Ernesto (vinculado à UERJ), Hospital Evandro Chagas (na Fundação Oswaldo Cruz) e Hospital Fernandes Figueira, especializado em AIDS materno-infantil.

Estes hospitais encontram-se em grandes dificuldades, pelo estado de falência da saúde no Brasil. Há poucos profissionais, devido aos baixos salários. Pela natureza do trabalho, há uma exigência muito grande sobre a enfermagem. Os leitos são poucos, há constante falta de medicação, e por vezes, até de comida, o que conduz à interrupção dos tratamentos.

1.7 Percurso da Aids: sua incidência sobre a população entre os anos 1980-1993

Em 1980, os primeiros casos de AIDS, ainda raros, eram basicamente de homens. Mas, esta situação veio se modificando ao longo dos anos. Em 1982, registraram-se os primeiros casos de AIDS em mulheres; hoje, sua incidência aumentou bastante. Se no início dos anos 80 a proporção H/M era de 105/1, hoje pode ser de 4/1 ou até menos. A AIDS é uma doença tanto de homens como de mulheres.

TABELA III
Distribuição dos casos de AIDS segundo ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo - Brasil: 1980-1993*

Ano de Diagnóstico	Número de casos									Total		
	Menores de 15 anos			15 a 49 anos			Maiores de 50 anos			Mas.	Fem.	M/F
	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F			
1980	-	-	-	1	-	1/-	-	-	-	1	-	1/-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	7	-	7/-	-	-	-	7	-	7/-
1983	-	-	-	30	1	30/1	1	-	1/-	31	1	31/1
1984	9	-	9/-	105	1	105/1	10	-	10/-	124	1	124/1
1985	17	2	9/1	444	13	34/1	38	3	13/1	499	18	28/1
1986	21	10	2/1	863	45	19/1	83	4	21/1	967	59	16/1
1987	71	23	3/1	1832	175	10/1	202	22	9/1	2105	220	10/1
1988	91	68	1/1	3017	381	8/1	288	39	7/1	3396	488	7/1
1989	135	66	2/1	4032	472	9/1	360	69	5/1	4527	607	7/1
1990	156	91	2/1	5452	698	8/1	482	58	8/1	6090	847	7/1
1991	163	129	1/1	6790	1181	6/1	565	95	6/1	7518	1405	5/1
1992	141	111	1/1	6807	1452	5/1	513	102	5/1	7461	1665	4/1
1993	11	22	1/2	1067	270	4/1	81	12	7/1	1159	304	4/1
Total	815	522	2/1	30447	4689	6/1	2623	404	6/1	33885	5615	6/1

(* 1993 (Dados preliminares até a semana 26, terminada em 03/07)
Dados sujeitos à revisão

Outras mudanças ocorreram em relação a questões como: comportamento sexual, uso de drogas ou transfusões de sangue. Iremos nos deter sobre a questão da sexualidade. Entre os anos de 1980-1986, a grande maioria dos casos (68,3%) pertencia a homo e bissexuais, em contraste com os heterossexuais (5,2%). Hoje, os números estão praticamente equivalentes. A AIDS é uma doença de todos.

TABELA VII

Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos maiores de 15 anos de idade segundo período de diagnóstico e categoria de exposição - Brasil, 1980-1993*

Categorias simples	Período de diagnóstico														Total 1980-1993			
	1980-1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993		Nº	%
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)		
Homossexual	772	46.8	840	37.7	1231	33.0	1446	30.3	1733	25.9	1986	23.0	1844	20.8	261	18.3	10113	26.5
Bissexual	354	21.5	364	16.3	532	14.3	670	13.6	751	11.2	961	11.1	902	10.2	165	11.5	4699	13.3
Usuário de drogas e.v.	50	3.0	253	11.3	651	17.5	969	19.6	1578	23.6	2228	25.8	2252	25.4	350	24.5	8331	21.8
Hemofílico	60	3.6	53	2.4	76	2.0	71	1.4	69	1.0	75	0.9	42	0.5	8	0.6	454	1.2
Receptor de Sangue/Comp.	67	4.1	159	7.1	198	5.3	209	4.2	231	3.5	261	3.0	296	3.3	54	3.8	1475	3.9
Heterossexual	86	5.2	168	7.5	415	11.1	710	14.4	1153	17.2	1700	19.7	2106	23.7	414	29.0	6752	18.7
Sub Total	1389	84.2	1837	82.3	3103	83.3	4075	82.6	5515	82.4	7211	83.5	7442	83.9	1252	87.8	31824	83.4
Categorias múltiplas	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Homo-Bi/Drogas	85	5.2	118	5.3	169	4.5	255	5.2	275	4.1	409	4.7	344	3.9	69	4.8	1724	4.5
Homo-Bi/Drogas/Hemofílico	1	0.1	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	-	-	4	0.0
Homo-Bi/Drogas/Transusão	5	0.3	5	0.2	9	0.2	7	0.1	8	0.1	7	0.1	3	0.0	-	-	44	0.1
Homo-Bi/Hemofílico	10	0.6	4	0.2	2	0.1	4	0.1	5	0.1	3	0.0	2	0.0	-	-	30	0.1
Homo-Bi/Transusão	48	2.9	35	1.6	38	1.0	47	1.0	61	0.9	37	0.4	56	0.6	7	0.5	329	0.9
Drogas/Hemofílico	3	0.2	3	0.1	5	0.1	2	0.0	1	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.1	18	0.0
Drogas/Transusão	5	0.3	11	0.5	20	0.5	14	0.3	33	0.5	43	0.5	50	0.6	11	0.8	187	0.5
Sub Total	157	9.5	177	7.9	243	6.5	329	6.7	383	5.7	502	5.8	457	5.1	88	6.2	2336	6.1
Categorias não definidas (1)	103	6.2	217	9.7	379	10.2	529	10.7	792	11.8	918	10.8	975	11.0	90	6.3	4003	10.5
Total	1649	100.0	2231	100.0	3725	100.0	4933	100.0	6690	100.0	8631	100.0	8874	100.0	1430	100.0	38163	100.0

(* 1993 (Dados preliminares até semana 26, terminada em 03/07)

(1) Caso e/ou categoria não investigada ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada, ou outra categoria definida na investigação, excluindo as acima relacionadas.

Dados sujeitos à revisão

Capítulo 2: A AIDS E SUAS IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS

2.1 Contextuação:

Breve história da sexualidade brasileira

Desde os primórdios de nossa história, a sensualidade e a sexualidade são características marcantes.

... os brasileiros consideram-se como seres sensuais não apenas em termos de sua individualidade (embora isso também seja importante), mas num nível social e cultural - como indivíduos sensuais, pelo menos em parte, em virtude de sua compartilhada brasilidade (PARKER, 1991, pp. 22-23)

Esta noção de uma sexualidade prenante de nosso povo é bem antiga, e, se voltarmos atrás na história, encontraremos raízes para tais estruturas de pensamento. Estas influências se deram ainda no momento da descoberta do Brasil. Pero Vaz de Caminha, escrivão que viajou com Pedro Álvares Cabral, fez um relato para o rei de Portugal sobre a terra a que haviam chegado. Citaremos aqui parte desse texto, onde é descrita a sensualidade dos habitantes da nova terra.

Ali andavam entre eles três ou quatro moças, bem moças e bem gentis, com cabelos muito pretos e compridos pelas espáduas, e suas vergonhas tão altas, tão cerradinhas e tão limpas das cabeleiras que, de as muito bem olharmos, não tínhamos nenhuma vergonha. E uma daquelas moças era toda tingida, de baixo a cima daquela tintura; e certo era tão bem feita e tão redonda, e sua vergonha (que não tinha) tão graciosa, que a muitas mulheres da nossa terra, vendo-lhe tais feições, fizera vergonha, por não terem a sua como ela (Caminha, apud PARKER, 1991, p. 26).

O povo indígena vivia sem nenhum constrangimento a satisfação de seus desejos carnis, e desta forma satisfazia a fantasia sexual dos aventureiros. Assim, as índias não só se entregavam ao prazer com os homens brancos, mas comumente se aproximavam e se ofereciam a estes. Experimentava-se um agudo sentimento de liberdade sexual, em contraste com a vida tradicional européia, cheia de limitações.

Mais tarde, com a escravidão africana, a mulher negra tomou o lugar da índia. Hoje, a sensualidade do corpo da mulata é uma imagem que o Brasil exporta para todo o mundo.

As práticas sexuais entre diferentes raças propiciaram, pois, um amálgama racial.

Todo brasileiro, mesmo o alvo, de cabelo louro, traz na alma, quando não na alma e no corpo - há muita gente de genipapo ou mancha mongólica pelo Brasil - a sombra, ou pelo menos a pinta, do indígena ou do negro (FREYRE, 1983, p. 283).

Estes são os mitos de origem da história cultural brasileira. Todo este legado contribuiu não apenas para a organização social mas, sobretudo para a construção ideológica, na qual um sistema próprio de representações influencia a maneira pela qual cada sujeito compreende seu mundo, estrutura interações sociais e interpreta o sentido das relações sociais.

... a experiência sexual, como toda experiência humana, é menos o resultado de uma natureza humana imutável do que o produto de um complexo conjunto de processos sociais, culturais e históricos (PARKER, op. cit., p. 13).

Esta história cultural da sexualidade nos deixou como herança um desejo de transgressão sexual. Podemos observar, também, que o fator de transgressão se liga igualmente a outros aspectos de nossas vidas.

A própria noção de proibição, entretanto, implica também a possibilidade de transgressão - uma possibilidade que é também definida culturalmente. Para os brasileiros, é no domínio erótico (visto 'publicamente' como um campo eminentemente 'privado') que a transgressão sexual não apenas se torna possível, mas, na verdade, altamente valorizada (id., p. 18).

a AIDS se difundiu em nossa sociedade nos anos 80

A humanidade, no decorrer de sua história, passou por diversas doenças, como por exemplo, a peste negra, a febre amarela, a gripe espanhola, a tuberculose, a sífilis etc., que dizimaram um número expressivo de pessoas.

Ainda neste século, tais doenças tinham um caráter devastador. A mortalidade infantil alcançava índices elevadíssimos e muitas parturientes morriam por infecção.

A partir da segunda guerra mundial (1945), a medicina produziu avanços notáveis na descoberta de novas substâncias capazes de neutralizar doenças e, conseqüentemente, prolongar a vida do homem através de antibióticos e vacinas.

Até este momento, doenças como a sífilis, por exemplo, transmitida por contato sexual, invariavelmente conduziam à morte, após um percurso de sofrimento e demenciação. As novas fórmulas médicas inverteram este quadro, trazendo a possibilidade de cura.

Não podemos acreditar que o desenvolvimento da medicina não cause repercussões na sociedade, sua moral e costumes. A cura das doenças venéreas fez com que estas deixassem de ser uma ameaça à vida. O advento da pílula anticoncepcional possibilitou a vivência da sexualidade desvinculada do risco da reprodução. Para SONTAG (1989), estes fatores causaram mudanças nos costumes sociais, já que a sexualidade passou a ser vista como uma aventura sem conseqüências maiores.

... a sexualidade fatalmente teria de se tornar, para alguns, uma opção de consumo: o exercício de uma liberdade, de uma mobilidade cada vez maior, o rompimento de limites. A sexualidade recreativa e sem riscos, longe de ser uma invenção da subcultura homossexual masculina, é uma reinvenção inevitável da cultura do capitalismo, garantida pela medicina, ainda por cima (SONTAG, 1989, p. 92).

A revolução sexual e os movimentos feministas proporcionaram cada vez mais a libertação da sexualidade anteriormente reprimida.

O olhar deste estudo mantém-se fixado no sujeito do final do século XX, que vive no Ocidente, dentro de uma sociedade capitalista, de consumo.

... todo um conjunto de mensagens enviadas por nossa sociedade, cujo teor é: consuma; cresça; faça o que você quiser; divirta-se. O próprio funcionamento do sistema econômico, que tornou possíveis essas liberdades sem precedentes, cujas formas mais preciosas são a mobilidade física e a prosperidade material, exige que as pessoas sejam estimuladas a desafiar os limites. O apetite *tem* de ser imoderado. A ideologia do capitalismo faz com que todos nós nos tomemos peritos em liberdade - na expansão ilimitada das possibilidades. Praticamente tudo que se propõe é apresentado, acima de tudo ou adicionalmente, como um aumento de liberdade (id., p. 91).

É neste contexto que surge a AIDS. Depois de conquistada a liberdade, ela aparece (letal e invariavelmente ligada à sexualidade), trazendo um novo limite a esta liberdade.

... a AIDS assinala um momento decisivo nas atitudes atuais em relação às doenças e à medicina, bem como à sexualidade e às catástrofes (ibid., p. 85-86).

E continua esta autora:

Após duas décadas de esbanjamento sexual, de especulação sexual, de inflação sexual, encontramos-nos no início de uma época de depressão sexual (ibid., p. 91).

2.2 Discurso da AIDS (ou a AIDS e seus significados)

Neste capítulo tentaremos analisar como a sociedade discursa e quais as implicações psíquicas em relação à AIDS, uma questão complexa, e que engloba outras, tais como sexo, sexualidade, enfermidade e morte.

Primeiramente, devemos nos remeter à questão da linguagem. O nosso mundo é permeado pelo simbólico e pelo imaginário - o real é o impossível. Ou seja, tudo o que vemos, sentimos ou pensamos está desde sempre permeado pelos significados de nossa cultura e pela força de nosso desejo. Não nos é possível ter acesso ao real tal como ele é, nós o vemos sempre com as lentes de nossos olhos tingidos de cultura e desejo.

É através das palavras, da língua, que nos expressamos e nos dirigimos a um outro, assim também é através dela que o compreendemos. A palavra serve para evocar o que não está concretamente presente: objeto, conceito, sentimento, etc.

O sujeito, no decorrer do seu desenvolvimento psíquico, interioriza conceitos, e desta forma, o encontro com um objeto será sempre um reencontro; ao longo de sua vida, os objetos serão reconhecidos.

A relação entre a palavra e a coisa, mais especificamente entre o referente e o significante, é arbitrária.

Foucault, em **Isto não é um cachimbo** (1988), retrata uma tela de René Magritte, onde este pintou um cachimbo sob o qual está escrito: "ceci n'est pas une pipe". O livro de Foucault disserta sobre a inacessibilidade do real e aponta para a comum ilusão que se estabelece entre a coisa e o seu representante, tão imbuídos estamos pela palavra, pela língua.

O famoso cachimbo... Como fui censurado por isso! E entretanto... Vocês podem encher de fumo o meu cachimbo? Não, não é mesmo? Ele é apenas uma representação. Portanto, se eu tivesse escrito sob meu quadro: 'isto é um cachimbo', eu teria mentido (FOUCAULT, 1988, contra capa).

Salientamos que é a palavra que nos estrutura como sujeitos, já que nos refere a outros sujeitos e à Lei. É ela que organiza nosso mundo, no qual estamos assujeitados ao simbólico.

Outro texto que muito contribui para nossa questão é **Kaspar Hauser** de **BLIKSTEIN** (1990). É a história de um rapaz que cresceu sem contato humano e, conseqüentemente, não teve acesso à linguagem, ao simbólico. Desta forma, ele desenvolveu um modo de ver o mundo bem diferente do nosso. Já adulto, foi encontrado e educado em nossa estruturação simbólica e social; aprendeu a falar, a ler e a escrever. Devido à possibilidade de experienciar o mundo sem a mediação da palavra, mais tarde apontou para a arbitrariedade de nosso modelo.

Blikstein, a partir do caso do rapaz, faz um estudo pormenorizado de linguística. Para ele, o signo (a palavra) representa a realidade extralinguística. Nossa educação é, de modo geral, uma construção semiológica que nos dá a ilusão de realidade. Mas, como dito anteriormente, é apenas uma ilusão, já que o real é inacessível. Desta forma, um signo não liga uma coisa a um nome, mas um conceito a uma imagem acústica, ou um significado a um significante; pares ligados apenas por um consenso social.

Uma única coisa ou acontecimento nos remete a vários significados impostos pela cultura. Assim é a AIDS. Ela surgiu em determinado momento histórico, que possuía valores culturais próprios. Como tudo o mais, ela está permeada por estes valores, e é vista e entendida através destes. Neste capítulo, mostraremos a importância de relativizar os significados atribuídos a esta doença.

SONTAG (1984, 1989) aborda estas questões, alertando para o uso indiscriminado de metáforas, embora não se possa impedir de todo o seu uso, pois “é impossível pensar sem metáforas” já que “pensar é sempre interpretar” (SONTAG, 1989, p. 9). No entanto, ela é contra a utilização dessas figuras de linguagem, que agem como

estigmas, e propõe um ir “contra” a interpretação, ou seja, libertar-se de metáforas dentro do possível.

Neste capítulo, falaremos dessas figuras, ou seja, como são vistos o sujeito portador do vírus HIV e o já aidético. Veremos que uma série de metáforas estigmatizantes envolvem este sujeito.

É neste sentido que HILDEBRAND (1989) propõe entendermos a AIDS dentro de um discurso. Para este autor, um discurso é um sistema de possibilidades, onde se produzem afirmações verdadeiras ou falsas, as quais possibilitam um campo de conhecimento. Suas regras não estão no nível da consciência e, por isso, operam por trás do sujeito falante. Neste sentido, a verdade seria efeito das regras do discurso.

Por isto, a AIDS pode ser encarada de diversas maneiras e, por isso, a maneira como será tratada, tanto por profissionais da área como pela população, dará um rumo específico à doença.

Hildebrand aponta o fato de alguns americanos já estarem escrevendo sobre “a epidemia do preconceito” em relação a homossexuais e toxicômanos.

Herbert Daniel também nos mostra a relação que a AIDS tem com a cultura.

Inegavelmente, a AIDS é uma epidemia mundial e em toda a parte é a mesma epidemia. Mas, ainda mais inegável, em cada parte a AIDS tem uma especificidade ligada a determinações culturais que fazem com que em cada país a AIDS tenha a cara do meio onde cresce (DANIEL; PARKER, 1991, p. 35).

Richard Parker, autor de trabalhos sobre sexualidade, e mais recentemente, juntamente com Herbert Daniel, sobre a AIDS, vê esta doença como geradora de reações sociais típicas de

... uma epidemia de nosso fim de século, reações estas geradas por um vírus ideológico de conseqüências mais funestas do que a epidemia provocada pelo vírus biológico chamado HIV (id., p. 9).

Utilizando as expressões de Richard Parker, marcamos a importância de se perceber a existência deste “vírus ideológico”, onde a maioria da população crê haver um “vírus biológico”, em nome do qual se desfia uma série de preconceitos e estigmas contra os portadores do vírus HIV, como também contra determinados grupos sociais. Tais preconceitos ou metáforas são compreendidos ilusoriamente como fatos ou dados reais e assim dificultam uma visão mais clara da doença e, conseqüentemente, dos meios apropriados de evitá-la e até mesmo de lidar com ela.

2.3 Reações frente ao aidético, ao vírus HIV e à possibilidade de contágio

Como já vimos no item anterior, tanto a doença como o doente são sempre associados a várias significações e metáforas.

O fato da AIDS ser uma doença pandêmica* ainda não inteiramente conhecida, extremamente resistente a tratamentos, ainda letal e nova (± 15 anos), possibilita uma excelente oportunidade para a metaforização da moléstia.

Por ser uma patologia que se propaga através do sangue (ou de seus produtos) e dos fluidos sexuais de pessoas infectadas, ela evoca metáforas de “invasão” e de “poluição”. Também são utilizadas metáforas militares, onde o discurso é envolvido por uma atmosfera de ficção científica.

... as células do próprio organismo invadido se *transformam* em invasoras (SONTAG, op. cit., 1989, p. 23).

* Deve-se fazer uma diferença entre os termos epidemia, endemia e pandemia. A epidemia é uma doença que acomete rápida e simultaneamente um grande número de pessoas. Em um segundo sentido, é um surto de agravamento de uma endemia. A endemia é uma doença que existe constantemente, em determinado lugar, e ataca um número maior ou menor de indivíduos, o que poderia caracterizar o vírus na África. Já a pandemia é uma epidemia generalizada (FERREIRA, 1975). Preferimos utilizar o termo pandemia por considerá-lo mais apropriado às características de disseminação da AIDS. No entanto, nas citações, fomos fiéis aos autores que utilizaram o termo epidemia.

... um exército de doenças oportunistas, normalmente contidas pelo sistema imunológico sadio, ataca o organismo, cuja integridade e cujo vigor foram abalados pela multiplicação de 'material estranho' que ocorre com a queda das defesas imunológicas. Gradualmente enfraquecida pelo ataque, a vítima da AIDS morre, às vezes meses depois, porém, quase sempre, no máximo alguns anos após o surgimento dos primeiros sintomas (id., p. 24).

Assim, observamos que:

A imagem da fortaleza tem uma longa genealogia pré-científica, servindo a própria doença como metáfora da mortalidade, da fragilidade, e vulnerabilidade do homem (ibid., p. 12)

Os estigmas relacionados à AIDS provocam um aumento de sofrimento naqueles que possuem a doença. Muitas pessoas tendem a manifestar sentimentos de repulsa e de vergonha. Isto se dá porque é veiculada a noção de que a doença exprime o caráter do doente. Por isto, dizer que alguém está aidético não significa dizer apenas que esta pessoa foi contaminada por um vírus que implica em sofrimento e morte. Esta moléstia conduz a uma série de significações a partir de possíveis condutas do doente: viciado em drogas injetáveis, homossexual, vida sexual promíscua etc... o que o remete a ser um pária na sociedade.

Estes fortes estigmas assumem uma importância fundamental na maneira de lidar com a doença. Se os médicos já esconderam de seus pacientes doenças fatais, hoje, em relação à AIDS, isto não ocorre. O paciente deve ser logo informado para que evite propagar a doença. No entanto, pelos estigmas a ela ligados, é muito comum que a pessoa infectada esconda o seu diagnóstico, afinal, ele implica conseqüências concretas de rejeição e preconceito.

No século XIX, a noção de que a doença se ajusta ao caráter do paciente, como o castigo se ajusta ao pecador, foi substituída pela noção de que ela exprime caráter (ibid., 1984, p. 57-58).

Atualmente, no século XX, com o advento da AIDS, esta noção é mais uma vez investida e valorizada, colocando-se a culpa e o medo em alguns indivíduos em prol de uma "libertação" e "purificação social". A doença é vista como estando fora, em um outro, que pode ser o mensageiro, o portador do grande mal. Dá-se a associação entre o imaginário da doença e o imaginário do estrangeiro. Há uma relação entre a pessoa poluente e o errado.

Suas raízes se encontram talvez no próprio conceito de errado, sempre identificado com o não nós, o estranho (ibid., op. cit., 1989, p. 57-58).

Por isto, para os Estados Unidos a AIDS surgiu na África, no Terceiro Mundo. Para este, ela foi fabricada em laboratórios americanos, por estudos avançados, possivelmente para uma guerra bacteriológica.

Daí as pessoas contaminadas sofrerem uma série de discriminações. É como se elas fossem a causa do mal, e não suas vítimas. No imaginário social, se elas sofrem e padecem da doença é porque de algum modo o mereceram. Por isto, deve-se evitar o contato, para não haver mais contaminações. O mal deve ser extirpado, nem que para isto deva-se extirpar o outro.

Esta reação chega a tal ponto que ultrapassa o evitar racional da contaminação, o cuidado com a própria preservação e a da comunidade, e se transforma em hostilização para com a pessoa.

O portador do vírus, mesmo assintomático, sofre uma morte social. É uma doença que traz grandes perdas, não só de cunho orgânico, mas social, pessoal, afetivo etc. O sujeito, frente à fantasia da própria morte, teme perder família, amigos, emprego etc. Sua vida fica inteiramente comprometida. É por este motivo que muitas pessoas contaminadas escondem seu estado. Em consequência, temos maior probabilidade de aumento da

pandemia.

Como vimos no primeiro capítulo, a AIDS é uma síndrome, ou seja, um vasto leque de sintomas. Cada um destes se liga a diferentes metáforas, as quais geralmente têm um caráter devastador. Sontag faz uma relação com a sífilis, que era também ligada à sexualidade e apresentava quadros de demência.

Mas, no caso da AIDS - embora a demência também seja um sintoma freqüente na última fase -, não surgiu nenhuma mitologia compensadora, nem parece provável que tal coisa venha a ocorrer. A AIDS, como o câncer, não dá margem a idealizações românticas ou sentimentais, talvez por ser demasiadamente forte a associação entre doença e morte. ...Agora a doença que representa uma censura genérica à vida e à esperança é a AIDS (ibid., p. 29).

2.4 AIDS e mídia

Como já dissemos anteriormente, tudo o que percebemos é permeado pelo simbólico e pelo imaginário, e, assim sendo, torna-se preche de significações e metáforas (no sentido usado por Sontag). A AIDS se presta bastante a estas produções, uma vez que gera sentimentos de medo e desconhecimento, que funcionam como agentes de especulações.

Desta forma, a mídia e a propaganda anti-AIDS não poderiam estar fora deste contexto, veiculando estes significados.

Sontag, ao citar as metáforas da guerra e invasão ligadas à AIDS, nos mostra que ela aparece em jornais, revistas, comentários de rádio ou TV e campanhas de saúde pública.

A metáfora mais generalizada sobrevive nas campanhas de saúde pública, que rotineiramente apresentam a doença como algo que invade a sociedade, e as tentativas de reduzir a mortalidade causada por uma determinada doença são chamadas de lutas e guerras (ibid., p. 14).

Como o vírus da AIDS mata as células, surge "... a imagem da doença infiltrando a sociedade". Assim observamos manchetes como: "Vírus da AIDS se esconde na célula e não é detectado por exames normais" (ibid., p. 24).

Os significados são muitos. Ainda há nos Estados Unidos uma associação entre AIDS e falência moral. No Brasil, o cardeal-arcebispo de Brasília, D. José Falcão, declarou que a AIDS é "conseqüência da decadência moral", e o cardeal-arcebispo do Rio de Janeiro, D. Eugênio Sales, viu na AIDS um "castigo de Deus" e "vingança da natureza". Mas, este tipo de discurso também é apregoadado por não-religiosos.

Se há algum tempo atrás era o médico que empreendia uma "guerra" contra a AIDS, hoje, é toda a sociedade que o faz. Como não existem ainda medicamentos eficazes, o trabalho deve ser principalmente o de prevenção. Esta consiste em orientar e educar a sociedade sobre a melhor maneira de lidar com a doença, o que possibilitou um aumento da liberdade de falar em sexualidade nos meios de comunicação. A frase, hoje tão comum, "Use camisinha", dita a qualquer momento, na TV, jornais ou revistas, há alguns anos atrás seria tida como algo imoral e, certamente, seria censurada. Através dos meios de comunicação, a prática médica recomenda uma sexualidade limpa, sem riscos, desinfetada e transparente, o que provoca, de alguma maneira, uma medicalização da vida sexual. Embora a AIDS tenha restrito as práticas sexuais, lidar com ela no sentido da prevenção, sem exclusão do prazer da sexualidade, possibilitou uma maior liberdade no discurso da sexualidade. Inicia-se uma tentativa de reorganização das práticas sexuais.

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 (ibid., p. 90).

Daí, a mídia possuir duas dimensões: pode tanto propagar preconceitos e

dificultar o trabalho de cientistas e médicos sérios, que procuram combater a doença, como ser um grande instrumento a serviço destes.

2.5 AIDS e onipotência

É bastante comum a negação da doença e do perigo de contágio. Sabe-se que um grande número de pessoas esclarecidas, de nível cultural superior, negam a possibilidade de contágio, na medida em que continuam mantendo relações sexuais que as tornam vulneráveis ao vírus. Sabe-se, por outro lado, que outras pessoas, depois do surgimento desta moléstia, fizeram reformulações estruturais em sua sexualidade e vida afetiva. É neste sentido que o sujeito pode fazer uma escolha: colocar-se onipotente frente à AIDS, negando-a, ou vivendo-a como mais uma injúria narcísica. Este aspecto veremos mais atentamente no terceiro capítulo deste trabalho.

Como vimos, esta dissertação não é sobre o aidético ou o possuidor do vírus HIV: ela recai sobre o olhar daquele que se vê frente a esta doença, alojada em um outro, e no perigo de contágio. Também podemos pensar nos profissionais da área de saúde, que lidam dia a dia com este problema e, tendo resultados muito pouco significativos, na medida em que uma cura ainda não foi encontrada e os métodos para aumento do tempo de vida de pessoas infectadas são paliativos e não evitam o sofrimento físico.

... Nos 15 leitos do Centro de Referência da U.F.R.J., de julho de 1987 até 30/09/88, foram internados 226 pacientes e morreram, durante este mesmo período 146 (QUEIROZ, 1989, p. 24).

Este autor informa que, em 15 meses, pouco mais de um ano, morreram 146 pessoas no espaço ocupado somente por 15 leitos, no Centro de Referência da U.F.R.J. Este número é alarmante, se pensarmos que quase 65% dos pacientes internados morreram

neste curto período de tempo, havendo alta rotatividade destes leitos e a saída do hospital geralmente coincidindo com a morte. Melhorias no estado físico não significam grande coisa, são apenas tréguas momentâneas, o certo é que o vírus mais cedo ou mais tarde voltará à atividade. Daí ele descreve os sentimentos observados na equipe de saúde:

O conviver tão proximamente e cotidianamente com a realidade da morte obriga que os membros da equipe de saúde mobilizem necessariamente defesas protetoras do ego, mas com frequência sentem-se ansiosos e tristes, denunciando momentos críticos em relação ao próprio trabalho. Situações em que o profissional fica em dúvida face às grandes frustrações e sentimentos de impotência impostos pelos limitados resultados obtidos no atendimento a doentes tão graves. Há a necessidade do médico de elaborar seu desejo de curar completamente seus pacientes e, adaptar-se à realidade de apenas poder diminuir-lhes o sofrimento." (id., p. 24)

É interessante pensarmos que o momento histórico e social em que a AIDS aparece é absolutamente oposto às medidas de precaução que ela exige.

Parker nos aponta a ambivalência entre as recomendações médicas e a sexualidade brasileira.

Na verdade, a noção mesma de 'sexo sem riscos', encontrada em tais panfletos, vai contra a ênfase brasileira do 'fazer tudo', com todas as suas excitantes e perigosas conotações (DANIEL; PARKER, op. cit., p. 75).

Para Sontag, esta liberdade se identifica com uma realização pessoal - "... uma liberdade desfrutada ou exercida quando o indivíduo está sozinho (ou como se estivesse sozinho)" (SONTAG, 1989, p. 91-92). O atual discurso sobre o corpo trata este como um instrumento com o qual se realizam diversos programas de auto-aperfeiçoamento e de intensificação dos poderes individuais. Podemos observar um aumento significativo do número de academias de ginásticas, as quais promovem o culto ao corpo, que não deve ser apenas saudável, mas de formas "perfeitas".

Por outro lado, surgem controles de auto-disciplina, como regimes e

ginásticas. Neste caso, a mensagem enviada ao sujeito é para controlar seus apetites, cuidar-se e não se soltar demais. (Mais uma vez, surge aqui a oposição entre a onipotência narcísica e a castração).

A catástrofe da AIDS aponta para a *necessidade* imediata de limites, referentes tanto ao corpo como à consciência. Mas a reação à AIDS é mais do que uma resposta apropriada de medo a um perigo concreto. Ela manifesta também um desejo positivo, o desejo de limites mais definidos ao comportamento individual (SONTAG, op. cit., 1989, p. 92-93).

Dentro do significado histórico que a AIDS produz, podemos perceber mudanças apresentadas em diferentes sociedades, mais ou menos atingidas pelo vírus. Neste trabalho, o que importa não é o perigo concreto da AIDS, mas que transformações podem ocorrer e se perpetuar, para além de sua causa precipitadora.

A redução do imperativo da promiscuidade na classe média, o aumento do ideal de monogamia, de uma vida sexual prudente, são tão acentuados numa cidade como Estocolmo, onde o número de casos de AIDS é mínimo, quanto em Nova York, onde se pode de fato dizer que a doença atingiu proporções de epidemia. A reação à AIDS, embora em parte seja perfeitamente racional, vem dar força a um amplo questionamento de muitos dos ideais da modernidade esclarecida, um questionamento que já vinha ganhando intensidade durante a década de 1970 (id., p. 93).

A proposta deste trabalho é estudar as mudanças no discurso e no comportamento, causadas pela ação devastadora do HIV. Falamos, no item anterior, da ampliação da possibilidade discursiva. Aqui, abordaremos modificações de comportamento que implicam também mudanças estruturais da afetividade do sujeito.

Seria incorreto dizer que a AIDS trouxe, com seu rol de males, um bem; mas não seria tão incorreto pensar no que de bom o sujeito pode tirar deste mal.

2.6 AIDS e preconceito

As diversas doenças ao longo da história foram sempre rodeadas de metáforas, de significações. Tais metáforas sempre tentaram relacionar o caráter e as atitudes do doente à doença, numa tentativa de explicá-la e até mesmo de delimitá-la imaginariamente.

Desta forma, na *Iliada* e na *Odisséia*, a doença era concebida como castigo sobrenatural, possessão pelo demônio ou resultado de causas naturais. Já para os gregos a doença poderia ser gratuita ou merecida como castigo a uma falta pessoal, transgressão coletiva ou crime praticado pelos ancestrais. O Cristianismo nos trouxe noções mais moralizadoras, inclusive da doença, e este pensamento evoluiu até o relacionar estreito entre doença e “vítima”.

A noção de doença como castigo produziu a idéia de que uma enfermidade podia ser um castigo particularmente justo e adequado (ibid., op. cit., 1984, p. 57).

Como exemplo, podemos citar a tuberculose, que no século XIX e início do XX era considerada uma doença dos hipersensíveis, talentosos, passionais etc. Mais recentemente, temos o exemplo do câncer, onde mais uma vez se veria um ajuste entre a personalidade do sujeito e a doença: esta caberia aos psicologicamente derrotados, aos introvertidos, reprimidos etc.

De acordo com Sontag, toda sociedade tende a identificar a doença com o próprio mal, ou seja, a doença torna culpadas as suas próprias vítimas.

Outra questão interessante é o uso da palavra peste, utilizada como sinônimo para epidemia e, no caso da AIDS, particularmente muito usada.

As doenças epidêmicas já foram, em seu sentido figurado, designativas de desordem social. O termo peste e os termos dela decorrentes - pestilência, pestilento -

assumem sentidos como: injurioso à religião, à moral ou à tranquilidade pública; que corrompe, que desmoraliza; moralmente nocivo e pernicioso; perverso etc.

Ainda em relação ao nome da doença, é bastante comum as pessoas omitirem-no, como se o próprio nome, imaginariamente, pudesse trazer o mal.

Hoje, uma pandemia de caráter catastrófico surge após ter-se pensado que as epidemias eram coisas do passado e que não nos poderiam mais atingir, muito menos de forma tão violenta. Daí fazer-se uma exploração moralista da epidemia.

Mesmo que a doença não seja considerada um julgamento na comunidade, ela se torna um julgamento - retroativamente - na medida em que põe em movimento um inexorável colapso da moral e dos costumes (ibid., p. 53).

E ainda,

Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista. Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação. Primeiro, os objetos do medo mais profundo (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença (ibid., p. 76).

A noção de castigo, mesmo que mascarada, persiste. Se não é Deus que pune os pecadores, é o próprio sujeito que, através de seus atos, se torna doente. Antes de fora para dentro, o castigo mudou apenas de direção.

Deixar de considerar a doença como um castigo adequado ao caráter moral objetivo, dela fazendo uma expressão da individualidade interior, poderia parecer menos moralista. Mas esses pontos de vista acabam por ser tanto ou mais moralistas ou punitivos. Com as doenças modernas (antigamente a tuberculose, agora o câncer), a idéia romântica de que a enfermidade exprime o caráter é invariavelmente ampliada para afirmar que o caráter é a causa da doença - porque não se exprime por si só. A paixão volta-se para dentro, golpeando e destruindo os mais profundos recessos do organismo (ibid., p. 60-61).

E mais:

O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência - o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente (ibid., op. cit., 1989, p. 31).

Surgem desmesurados temores e fobias de contaminação, incompatíveis com a realidade. No início da pandemia, acreditava-se que esta se restringia a pessoas que tivessem sofrido transfusões de sangue e fossem usuárias de drogas injetáveis e homossexuais. Elas suportavam todo tipo de preconceito, eram banidas pela sociedade (amigos, família, emprego, mídia etc). Mas isto não deu fim à doença e o índice de contaminação entre os heterossexuais aumentou consideravelmente.

Por mais que hoje saibamos que a AIDS não pertence apenas aos grupos de risco, e sim a toda sociedade, as discriminações sociais às minorias, como por exemplo, os homossexuais, ainda persistem. A "culpa" da existência da AIDS é colocada sobre estas pessoas, que no raciocínio popular deixam de ser vítimas da doença para se tornarem suas causadoras, podendo contagiar outras, "inocentes". Estas pessoas passam então a ser estigmatizadas como possíveis portadores do vírus, mesmo que não contaminadas.

Basicamente, a AIDS vigora com uma definição pragmática, acima de qualquer discussão científica: trata-se de uma doença *contagiosa, incurável e mortal*. Estas três características geram o ideário da AIDS, fonte de todos os preconceitos e apoio de todas as políticas discriminatórias, tanto as que envolvem o diagnóstico e a terapêutica do doente quanto as que envolvem as ações sociais de controle e prevenção da epidemia (DANIEL; PARKER, op. cit., 1991, p. 38).

Neste sentido, a AIDS pode servir para reforçar estigmas de minorias. Goffman, em 1963, bem antes de se saber sobre a AIDS, pelo menos equanto epidemia, fez um trabalho relevante sobre a questão do estigma.

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferentes. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma mesma família (GOFFMAN, 1980, p. 14).

Podemos perceber que, no caso da AIDS, se dá a soma dos dois primeiros estigmas citados por Goffman. Nos primórdios da doença, início dos anos 80, esta era fortemente relacionada (até mesmo por médicos e cientistas) ao homossexualismo, que já é, por si, só estigmatizado. O sujeito homossexual que adquire AIDS é, portanto, duplamente estigmatizado, a sua "má conduta" trazendo como castigo a doença. É repellido também pelo medo do contágio, e este, por sua vez, reforça o estigma.

E este mesmo autor nos diz:

Por definição, é claro, acreditamos, que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida (id., p. 15).

Estas discriminações impedem uma visão mais nítida da doença e do doente, prejudicando não só o portador do vírus, mas toda uma sociedade despreparada para lidar com ele.

Embora este trabalho não verse sobre o homossexualismo, esta questão está sempre em pauta quando se trata de AIDS. Parker nos traz uma outra versão do preconceito ligado ao homossexualismo; diríamos que fala do avesso do preconceito - a negação da relação entre determinadas práticas homossexuais e o risco de contaminação - e aponta para o perigo desta atitude de negação frente à realidade.

No entanto, o preconceito tem muitas caras. Hoje, há uma nítida tendência, quando se tenta democratizar a informação sobre a AIDS, de *des-homossexualizar* a epidemia, como se não houvesse importância em falar dos riscos que correm os homossexuais, como se já houvesse terminado a epidemia entre homens que mantêm relações sexuais com outros homens. Certamente, mais uma vez isto faz parte de uma estratégia de "esconder" as questões relativas aos tabus que envolvem o ato homossexual (falando sem rodeios, "dar ou comer cu" continua sendo um assunto traumatizante e cheio de fascínios insuportáveis para a média moral dos nossos dias). Ainda agora, e durante muito tempo, as relações sexuais entre homens, quaisquer nomes que tenham em dada cultura, continuam sendo relações que apresentam um grande risco diante do HIV e é preciso uma mobilização permanente para promover boas políticas de prevenção que, ao mesmo tempo que evitem a 'doença', garantam às pessoas a livre expressão de suas vidas sexual e afetiva (DANIEL; PARKER, op. cit., 1991, p. 10-11).

Uma vez deflagrados os sintomas, o paciente passa a percorrer hospitais para tratamento ambulatorial ou internações, e aí não há mais o que esconder. Neste momento, agravam-se as dificuldades, causadas não só pelos sofrimentos físicos, mas também pelos sofrimentos impostos pelas pessoas que cercam o doente.

O maior temor desses pacientes é o de serem abandonados, pois o diagnóstico de AIDS vem também acompanhado de idéias de rejeição, perda de parceiros, família, amigos etc... Estes temores, quando se confirmam, determinam acréscimo de angústia, de tal ordem, que facilita a instalação de reações psicológicas intensas, freqüentemente associadas a idéias suicidas. Entretanto, observamos que as idéias suicidas tendem a diminuir muito, quando lhes é assegurado apoio social e atendimento médico adequado (QUEIROZ, op. cit., 1989, p. 23-24)

Mesmo após a morte destas pessoas, a atitude discriminatória persiste; é comum a família ocultar a causa da morte, por vergonha ou por receio de ser também discriminada.

... muitos pacientes de AIDS, que são internados na rede hospitalar particular, ao falecerem recebem codificação de outras enfermidades, principalmente por influência da família, sobretudo devido a preconceitos em relação à doença (id., p. 21).

Mas, estas discriminações, metáforas, estigmas e preconceitos trazem conseqüências para toda a sociedade. Sontag cita Karl Menninger:

Em parte, a doença é o que o mundo fez com uma vítima, mas numa extensão maior é o que a vítima fez com o seu mundo e consigo mesma... (SONTAG, op. cit., 1984, p. 61)

Esta autora faz severas críticas a Menninger, chamando suas opiniões de perigosas e absurdas, pois estas, ao atribuírem o ônus da doença ao paciente, dificultam para ele o entendimento do que é possível fazer em termos de cuidados médicos, afastando-o de um tratamento adequado.

Eu estava convencida de que as metáforas podiam matar (id., op. cit., 1989, p. 18-19).

Devemos ter em mente que esta morte atinge não só as pessoas já contaminadas, mas a falta de esclarecimento causada por falsas metáforas conduz a um aumento da pandemia, na medida em que não são tomados os cuidados necessários para o seu controle.

2.7 AIDS e sexualidade

AIDS e sexualidade estão estreitamente ligadas, pelo fato de haver grande probabilidade de contágio através das relações sexuais. É inegável que outras formas de contágio existem - como, por exemplo, transfusões de sangue ou de seus derivados e compartilhamento de seringas por usuários de drogas endovenosas - mas aqui nos restringiremos a questões referentes à sexualidade.

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 por em risco a própria vida. Agora a sexualidade não mais retira da esfera do social, ainda que por um momento apenas, os que a ela se entregam (ibid., p. 86-87).

Isto significa que nesta doença, quando uma pessoa se relaciona sexualmente com outra, indiretamente também se relaciona com seus anteriores parceiros. Por isso, as relações sexuais não podem ser encaradas apenas como uma relação a dois, mas sim como uma cadeia de transmissão, vinda do passado. Neste sentido, "... todas as relações sexuais são, indiretamente, também homossexuais" (ibid., p. 87).

Já vimos que a AIDS tem a característica de passar longo (e variável) tempo latente, invisível. Muitas vezes o portador do vírus ignora possuí-lo, e, nesta fase, sem o auxílio de testes, não se pode saber quem está contaminado ou não. Outra agravante é o período conhecido como "janela imunológica", quando o organismo, recentemente contaminado pelo vírus, ainda não teve tempo de fabricar anti-corpos. Se realizados testes, o resultado é o chamado "falso negativo", pois o que o teste detecta é o anti-corpo e não o vírus. Esta situação é geradora de medo, na medida em que o sujeito pode presentear ou ser presenteado por seu parceiro com a morte.

O medo da sexualidade é o novo registro, patrocinado pela doença, do universo de medo no qual todos vivem agora ... agora temos medo de pessoas poluentes ... A vida - o sangue, os fluidos sexuais - é ela própria o veículo da contaminação (ibid., p. 87).

Por ser uma pandemia - já dura em torno de 15 anos e não se sabe por mais quanto tempo perdurará - tende a influenciar os costumes.

Em nome da "prudência" e para evitar a contaminação, praticam-se cuidados desnecessários. Sabe-se que não há perigo algum em contatos físicos não genitais, como beijo, abraço, aperto de mão; mas um número expressivo de pessoas se nega a tê-los com

aidéticos, suposta ou possivelmente portadores.

Assim, é reforçada uma visão moralista da sexualidade. Até o final do século passado, as epidemias eram vistas como sinal de frouxidão moral e a pandemia da AIDS faz renascer esta posição.

... a saúde era sinal de virtude, assim como a doença era sinal de depravação (ibid., p. 65).

Por ser uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é a sexual, quanto mais o sujeito for sexualmente promíscuo e descuidado, mais exposto está ao perigo. Daí a idéia de um castigo dirigido à atividade sexual. Contrair uma doença através da prática sexual parece depender da vontade do sujeito, o que implica culpabilidade. Não só a promiscuidade passa a ser perigosa, mas também práticas sexuais consideradas antinaturais, como por exemplo, o coito anal.

Este aspecto aponta para as primeiras relações feitas entre AIDS e homossexualismo. Os primeiros casos observados eram, na sua grande maioria, de homossexuais. Isto levou ao errôneo pensamento de que a AIDS se restringiria a este grupo, que passou a se chamar de "grupo de risco".

Hoje sabe-se que a AIDS não atinge apenas a um determinado grupo, ela pertence a toda uma sociedade; não é mais uma doença de minorias, mas sim uma pandemia que ameaça o mundo.

E o que esta ameaça provoca no imaginário das pessoas? Como lidar com ela? Por suas dimensões, ela tende a estimular uma série de fantasias, sentimentos de culpa etc. É aí que a visão moralista da sexualidade ganha espaço. As pessoas podem temer qualquer tipo de aproximação - até um aperto de mão - com um homossexual (grupo discriminado). Observamos aí uma fantasia de contágio que não encontra respaldo na

realidade, aliada a um discurso moralista sobre a sexualidade, onde determinadas formas de relação sexual seriam mal vistas. O sujeito que adquire a doença sofre não só pela doença em si, mas também pela culpa de uma sexualidade divergente.

As doenças infecciosas associadas à culpa sexual sempre dão origem ao medo do contágio fácil e a fantasias absurdas sobre a transmissão por meios não venéreos em lugares públicos (ibid., p. 33).

Em consequência, tais fantasias, sentimentos de culpa, posições moralistas etc, provocam mudanças na vivência da sexualidade, de algum tempo para cá, seja por conta da adaptação à realidade vigente, seja por equívocos em relação a esta mesma realidade. Como vimos anteriormente, a mídia assume um papel bastante importante neste sentido, mostrando ao público que a sexualidade é vida e como tal deve ser vivida, desde que seja referenciada a práticas mais seguras. A utilização da "camisinha de vênus" ganha grande importância. Muitas pessoas tornam-se mais cuidadosas na escolha de seus parceiros, procurando relações mais duradouras e até restringindo o número de parceiros. A fidelidade volta à tona. Nos grupos e sociedades de homossexuais, são feitas campanhas de fundo educativo: o principal item é a utilização da camisinha; como resultados, observa-se a diminuição da incidência da doença nestas pessoas. AIDS e sexualidade passam a ser assunto de rodas sociais e de médicos, educadores, sociólogos, profissionais da área psi, políticos etc. Nunca se falou tanto e de forma tão aberta de vivências sexuais. O discurso ganha amplidão. Palavras como camisinha e coito anal, antes censuradas, agora surgem na televisão, em *out-doors* etc. O discurso, diferentemente da prática, ficou mais livre de preconceitos, podendo-se falar de tudo. É interessante pensar que um acontecimento de tão fortes e drásticas dimensões na ordem do corpo pode acarretar uma mudança na ordem do discurso.

Em relação às práticas sexuais deve-se ressaltar que a questão não está em

reprimi-las, ou à sexualidade, mas sim em encontrar alternativas para que elas se expressem. É imperativo informar de modo claro, objetivo e sem preconceitos sobre as possibilidades de se obter prazer da sexualidade, livre do risco de contágio.

Já vimos que a AIDS trouxe mudanças à prática sexual, e agora ao discurso. Nossa proposta é que ela pode promover mudanças mais radicais, mudanças estruturais no sujeito. Ou seja, ela não atinge apenas o âmbito social, mas também o psíquico. Nosso intento, como já diz o título do trabalho, AIDS: A MAIS MODERNA INJÚRIA NARCÍSICA, é investigar justamente em que ponto ela atinge a estrutura do sujeito. O próximo capítulo se dedica a esta idéia.

Capítulo 3: A AIDS NA TEORIA PSICANALÍTICA

3.1 Narcisismo

Neste capítulo estudaremos as implicações psíquicas da AIDS sobre o aparelho mental. Deter-nos-emos sobre os temas narcisismo, castração e angústia. A prévia apresentação teórica destes conceitos é importante para sua relação com a AIDS propriamente dita. Mais do que tudo, esta dissertação tem a finalidade de, sobre a base teórica desses três temas, levantar questões e formular propostas para a problemática da AIDS. Este trabalho não tem a pretensão de dar soluções definitivas para o problema, mas sim de propor o estudo de um determinado campo da teoria psicanalítica e de sua relação com uma temática atual.

Embora tenhamos em vista o sujeito pretensamente não possuidor do vírus HIV - mas que com ele se depara enquanto relacionado à sua sexualidade - por vezes fazemos menção ao *aidético* propriamente dito, já que é este quem nos "mostra" a doença. Um vírus num microscópio é absolutamente abstrato, mas a visão de um outro de nós atingido pela doença é algo mais concreto. Não há quem não tenha visto o sofrimento de um *aidético*, seja um amigo, um paciente num leito de hospital, ou até mesmo através de um filme ou programa de televisão. O falecido cantor Cazuza chegou a dar shows, em estado avançado da doença. O famoso jogador de basquete Magic Johnson, embora ainda sem a eclosão dos sintomas, deu ao público depoimentos sobre seu estado. Se falamos do *aidético* propriamente dito, fazemos isto por ele ser o revelador da doença, é nele que a visualizamos.

Partimos do pressuposto de que a dor e a doença do corpo só pertencem ao

campo psicanalítico se representadas psiquicamente. Abordamos as várias possíveis conseqüências da possibilidade de contágio de uma doença orgânica, de acordo com a estrutura de cada sujeito.

... fora de sua capacidade de se fazer representar psiquicamente, o corpo não existe para o ego do indivíduo (Mc DOUGALL, 1983, p. 153).

O conceito de narcisismo em uma visão estruturalista

O conceito de narcisismo é de suma importância na teoria psicanalítica, representando um modo particular da relação com a sexualidade.

Para Freud, o narcisismo não é um estágio do desenvolvimento humano a ser superado, mas sim é entendido como estrutura, dela fazendo parte constitutiva, desde a sua formação até o fim da sua vida.

O narcisismo nesse sentido não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva (FREUD, 1914, p. 90).

Num texto posterior, acrescenta:

A reflexão logo sugere que, se ocorre uma fixação da libido ao próprio corpo e à personalidade da pessoa, em vez de se fazer a um objeto, ela não pode constituir uma evento excepcional ou trivial. Pelo contrário, é provável que esse narcisismo constitui a situação universal e original a partir da qual o amor objetual só se desenvolve posteriormente, sem que, necessariamente, por esse motivo o narcisismo desapareça (id., 1916, p. 485).

Como tal, não pode ser observado empiricamente, mas sim, deduzido. Como estrutura, não valoriza a temporalidade enquanto cronologia; anterioridade e

posterioridade se dão apenas dentro de uma lógica. A estrutura tem um caráter de sistema, com leis e organizações próprias. A alteração de uma parte modifica o funcionamento de toda a estrutura.

Um sistema tem uma ordem, uma lei, que o diferencia de um outro sistema. Mas, antes de tudo, existe uma lei que determina e categoriza a diferença de um sistema para outro (BARROS, 1991, p. 14).

Dentro deste referencial, não há centro, norma ou ponto a que se queira chegar. Diferentemente de uma postura desenvolvimentalista, em que etapas se dão cronologicamente e cada fase é considerada melhor ou mais avançada que a outra, uma postura estruturalista fala apenas em diferenças.

Assim, o estruturalismo é antiempírico, anticronológico e antipedagógico. Como consequência, a clínica psicanalítica não estabelece normas ou regras, pois isto a faria se afastar da verdade do sujeito.

De acordo com BARROS (1991) o narcisismo é uma estrutura estruturada, na medida em que, como lei de união, tudo liga. Fecha-se porque não traz a possibilidade de diferentes articulações - é estruturado em uma única combinatória.

De acordo com esta visão teórica de um narcisismo estrutural, pode-se pensar nas consequências que a AIDS traz a esta estrutura, na medida em que a satisfação sexual produz um prazer narcísico.

... a satisfação do instinto se faz acompanhar por um grau extraordinariamente alto de fruição narcísica, devido ao fato de presentear o ego com a realização de antigos desejos de onipotência deste último (FREUD., 1930, p. 144).

A AIDS constitui um impedimento à satisfação sexual sem freios ou limites, que com os avanços da medicina e as transformações sociais teria proporcionado um

maciço investimento narcísico.

Se a AIDS vem como agente castrativo, ela tende a criar modificações não só na vivência sexual, mas também na estrutura do sujeito. Ao mesmo tempo, acreditamos que havendo mudança na estrutura, o grau e a qualidade desta mudança, dependem de uma estrutura prévia.

Narcisismo primário e secundário

Freud distinguiu dois narcisismos - o primário e o secundário - os quais veremos sequencialmente.

Para explicar melhor o mecanismo destes "dois" narcisismos, é fundamental apontar para os movimentos e a localização da libido. No narcisismo primário, o bebê investe o seu próprio corpo, ele é objeto de si mesmo. Com o narcisismo secundário, a libido investe outros objetos (externos), e quando regressa ao sujeito, já está secundarizada, ou seja, foi mediada pelo mundo externo.

Assim, formamos a idéia de que há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais... (id., op.cit., 1914, p. 91-92).

A libido, a energia sexual, é uma só, mas pode ser investida no próprio ego ou em objetos externos, daí falar-se em libido do ego e libido objetal.

... uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo (ibid., p. 93).

O narcisismo secundário é fruto da libido que se afastou do mundo externo e

retorna ao ego.

A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo... Isso nos leva a considerar o narcisismo que surge através da indução de catexias objetais, como sendo secundário, superposto a um narcisismo primário que é obscurecido por diversas influências diferentes (ibid., p. 91).

Originalmente não há uma unidade comparável ao eu (ego), o seu desenvolvimento se dá de forma progressiva. Desta forma, a sexualidade não emerge como algo pronto, ela passa por uma série de etapas evolutivas que se relacionam a diferentes zonas erógenas e que devem viabilizar a passagem do auto-erotismo à possibilidade de investimento em outra pessoa - o amor objetal.

No auto-erotismo, primeiro modo de satisfação da libido, um órgão retira de si mesmo o prazer. Neste momento, as pulsões procuram, cada uma por si, sua satisfação no próprio corpo. Os objetos investidos pelas pulsões são as próprias partes do corpo.

O auto-erotismo seria, pois, a atividade sexual do estágio narcísico da distribuição da libido (ibid., op. cit., 1916f, p. 486).

Nesta passagem entre auto-erotismo e amor objetal, intercala-se uma fase onde a criança torna seu próprio corpo um objeto de amor - o estágio do narcisismo. Esta idéia foi desenvolvida por Freud em 1911, no estudo do caso Schreber:

Pesquisas recentes dirigiram nossa atenção para um estágio do desenvolvimento da libido, entre o auto-erotismo e o amor objetal. Este estágio recebeu o nome de narcisismo (ibid., 1911a, p. 82).

Em 1914 Freud definiu o narcisismo primário como um estágio que não podemos observar diretamente, mas cuja hipótese devemos formular por um raciocínio recorrente. Este estágio pressupõe uma certa captação da criança de si mesma, como um

conjunto organizado, uma entidade diferenciada

Pode-se observar que é grande a relevância dos pais no narcisismo do bebê, pois eles participaram na constituição do narcisismo primário. Este é um prolongamento do narcisismo dos pais, que veem o filho como "Sua Majestade, o Bebê", num prolongamento deles próprios. Desejam tudo o que consideram bom para os seus filhos, tudo o que gostariam de ter sido ou tido. "Sua Majestade, o Bebê" deve realizar os sonhos e desejos que seus pais não puseram em prática e assim garantir a imortalidade do seu eu. Deve-se lembrar que estes pais já foram bebês um dia, e que seus pais se debruçaram sobre eles com este mesmo olhar narcísico.

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram. O indicador digno de confiança constituído pela supervalorização, que já reconhecemos como um estigma narcisista no caso da escolha objetal, domina, como todos nós sabemos, sua atitude emocional. Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho - o que uma observação sóbria não permitiria - e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. (Incidentalmente, a negação da sexualidade nas crianças está relacionada a isso). Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez o centro e o âmago da criação - 'Sua Majestade o Bebê', como outrora nós mesmos nos imaginávamos (ibid., op. cit., 1914, p. 107-108).

Desta forma, cria-se uma espécie de onipotência no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo renascente dos pais.

As exigências de amor de uma criança são ilimitadas; exigem exclusivamente e não toleram partilha (ibid., 1933c, p. 152).

Para NASIO (1988) é no encontro acima, neste espaço, que se inscrevem as

imagens e as palavras dos pais (ver na 2ª parte deste capítulo que trata da Identificação).

No entanto, este estado de coisas não pode permanecer como tal, indefinidamente. O narcisismo original da criança tende a sofrer sucessivas perturbações, a partir tanto das exigências externas, como pelo despertar do próprio julgamento crítico. As limitações inevitáveis da vida, a constatação repetida de que suas necessidades podem não ser imediatamente satisfeitas, a censura ou o castigo dos pais, a necessidade de adiar seus prazeres em prol da educação civilizatória, as dores e as enfermidades, retiram, necessariamente, "Sua Majestade, o Bebê", do "trono" que imaginava ocupar. A criança passa a ser progressivamente submetida às exigências do mundo que a cerca, exigências que se traduzem simbolicamente através da linguagem. O sujeito é inaugurado na célula narcísica mãe-filho.

As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em relação com funções vitais que servem à finalidade de autopreservação. Os instintos sexuais estão, de início, ligados à satisfação dos instintos do ego; 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 (ibid., op. cit., 1914, p. 103-104).

Dentro deste processo, o olhar da mãe é de suma importância. O sujeito não nasce apenas do outro, mas no outro, quando, ao olhar, a mãe percebe que é o desejo dela e se reconhece onde não está. Esta é uma relação narcísica, imaginária e de alienação em relação ao outro. Ao mesmo tempo, a mãe, ao ouvir o choro do bebê, "adivinha" o que ele está demandando. Ela "sabe", na medida em que este é o desejo dela. Mas, em algum momento, ocorre ela não saber, o que provoca sofrimento e angústia. Este é o sinal de seu limite, de sua castração. Neste momento, instaura-se a falta e o sujeito nasce como desejante. É a precariedade da condição humana que faz com que o bebê fique, a princípio,

à mercê do desejo materno. Ao mesmo tempo, a mãe não tem o filho como seu único interesse, ela tem um olhar bifocal, na medida em que olha para o filho e para um outro, como por exemplo o pai, um trabalho, interesses diversos etc. Com isto, a mãe possibilita na relação com seu filho uma vivência de presença/ausência através de promessa e ruptura de promessa, provocando frustração. Todas estas faltas e frustrações permitem que o bebê se estruture em um sujeito; ele não completa nem se completa com sua mãe.

Se no início o olhar da mãe era vivido como total, ele aos poucos se revela de outra forma, marcado pela falta. Passamos, desta forma, de um narcisismo primário a um narcisismo secundário, ou seja, já secundarizado por Édipo, marcado pela castração.

O olhar da mãe sobre o filho transforma o corpo biológico deste em corpo erógeno, pois marca este corpo com o seu desejo. O bebê se reconhece e se identifica com este desejo.

O filho, mesmo antes de sua concepção, já tem um lugar no desejo dos pais. Recebe um nome e um lugar dentro da família. Nasce dentro de uma ordem simbólica, referido a outros sujeitos e ao mundo.

BARROS, em **Eu Narciso, outro Édipo** (1991), faz correlações constantes entre Narciso e Édipo, como o próprio título insinua. Propõe-nos uma dialética permanente entre estas duas possibilidades. Por exemplo, quando refletimos a respeito do olhar da mãe sobre o bebê e sobre o narcisismo do bebê, como o narcisismo da mãe refletido nele, não devemos esquecer que a mãe já está referida a um Édipo. Seu narcisismo já foi de alguma forma castrado, injuriado, dando lugar a um desejo que teve de ser postergado. O fato do filho desde sempre existir no desejo dos pais o refere tanto a Narciso como a Édipo.

Todas estas faltas propiciam ao filho perceber que a mãe também deseja fora dele e que, conseqüentemente, ele não é tudo para ela - seu narcisismo primário é ferido. Com isto, o imediatismo do amor cai por terra e criar-se-á o objetivo de fazer-se amar pelo

outro, em agradá-lo para conquistar seu amor. Para isto, devem ser satisfeitas certas exigências, as do ideal do ego (este termo será descrito mais adiante).

De acordo com Freud, o eu deve, no seu desenvolvimento, distanciar-se do narcisismo primário. No entanto, ele sempre aspirará reencontrá-lo como forma de recuperar o amor e a perfeição narcísica, mas agora tudo é mediado pelo ideal do eu. Se no narcisismo primário o outro era o si mesmo, já no narcisismo secundário o sujeito pode experimentar-se através do outro. Mas, os grandes operadores dessa transformação são os complexos de Édipo e de castração.

O “sujeito” que está sendo focalizado neste trabalho, como diz o próprio termo, já está sujeitado à ordem simbólica e às relações humanas de troca. Desta forma, seu narcisismo primário sofreu transformações, o que deu origem ao narcisismo secundário acima descrito.

No entanto, sabemos que este percurso “evolutivo” não ocorre de forma linear ou regular para todos. O psiquismo humano é marcado por traços singulares, que se formam no desenrolar pulsional, devido a regressões e fixações causadas por dificuldades que possam se dar no desenvolvimento libidinal.

Acreditamos que esta singularidade é responsável pelas diferentes formas dos sujeitos se relacionarem com a AIDS, a qual para nós se constitui na mais moderna injúria narcísica.

Injúria narcísica

Uma injúria narcísica configura uma ofensa ao narcisismo, ou seja, uma ofensa ao “amor de si” do ego. Em termos de representação valorativa, conduz à desvalorização.

E isso mostra certa coerência, já que cada agravo a nosso ego todo-poderoso e autocrático é, no fundo, um crime de lesa-majestade (ibid., 1915d, p. 336).

A possibilidade de contágio de uma doença letal pode provocar uma injúria narcísica, na medida em que possa significar uma não-perfeição egóica, ou seja, a possibilidade de desamparo, de impotência, uma ameaça de castração.

A libido

O termo libido, em latim, significa vontade, desejo. Não é fácil apresentar uma definição satisfatória da libido, na medida em que sua teoria evoluiu juntamente com as diversas etapas das teorias das pulsões. Além disso, este conceito nunca possuiu uma definição unívoca. Para Freud, a libido possui duas características principais:

- 1ª) A libido é energia sexual. A “dessexualização” da libido se dá secundariamente, por uma renúncia ao objetivo sexual com fins sublimatórios; ela também não cobre todo o campo pulsional, já que pertence apenas às pulsões de vida;
- 2ª) A libido é basicamente um conceito quantitativo, econômico, pois faz referências a excessos ou à escassez. Mas também é qualitativa, psíquica, pois só existe em relação com representações. Neste último sentido, ela é o desejo vinculado a representações particulares.

A libido designa o aspecto psíquico da pulsão (a qual se situa no limite entre o psíquico e o somático).

Freud também distingue duas modalidades de investimento da libido; de um lado, libido do ego ou narcísica, e de outro, libido objetal. A libido do ego ou narcísica toma como objeto o próprio sujeito, e a libido objetal se dirige a um objeto exterior ao sujeito. Desta forma, existe uma balança energética entre uma e outra, e quando uma

aumenta, a outra diminui, e vice-versa.

Tudo que observamos foram emanções dessa libido - as catexias objetais, que podem ser transmitidas e retiradas novamente. Também vemos, em linhas gerais, uma antítese entre a libido do ego e a libido objetal. Quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia (ibid., op. cit., 1914, p. 92).

Estas duas modalidades da libido fazem referência ao seu ponto de chegada e não ao de partida, pois a libido primariamente investe o ego, e só secundariamente investe em objetos exteriores. A libido é uma só.

... em circunstâncias normais, a libido do ego pode ser transformada, sem impedimento, em libido objetal, e que esta pode novamente ser devolvida ao ego (ibid., 1916f, p. 486).

AIDS e equilíbrio libidinal

De um ponto de vista econômico, a "normalidade" psíquica se relaciona a um equilíbrio dos investimentos libidinais-narcísicos e objetais. Assim, nos perguntamos se a possibilidade de ser contagiado por um vírus letal relacionado à sexualidade, como a AIDS, não traria um transtorno à economia libidinal do sujeito.

Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar, a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar (ibid., op. cit., 1914, p. 101).

Neste trecho, Freud aponta para a importância do amor objetal, ou seja, o fato da libido poder se dirigir para um objeto externo. A AIDS, fora dos novos parâmetros de segurança impostos pela medicina, traz em grande escala, o risco da integridade física.

Mesmo dentro destes parâmetros, não há a possibilidade de erradicação total do risco.

Ao mesmo tempo, sabemos que as patologias psíquicas são entendidas como “paralisações” da libido, decorrentes de obstáculos externos ou de entraves internos do próprio sujeito. Aqui é de suma importância que o sujeito possa lidar da melhor forma possível com os obstáculos externos, utilizando-se das novas referências impostas à vida sexual, para que sua integridade física possa ser resguardada, assim como sua mobilidade pulsional.

O conceito de pulsão

O termo pulsão corresponde ao que Freud denominou de *trieb* em seus escritos, mas que, na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmundo Freud vem sendo denominado de instinto, na tradução da versão inglesa de James Strachey.

Há, entre esses dois termos - pulsão e instinto - uma diferença fundamental. O instinto (*Instinct*) é um comportamento hereditariamente fixado, característico de uma determinada espécie, pré-formado em seu desenvolvimento e adaptado ao seu objetivo; deve ser, portanto, reservado aos animais.

A pulsão é característica única do ser humano. Tem uma origem energética, à qual o organismo se submete e que deve descarregar. Além das excitações externas, o organismo sofre também a influência de excitações internas, às quais não pode escapar e que são responsáveis pela propulsão do aparelho psíquico; assim, se a fonte do estímulo é externa, a da pulsão é interna.

Aqui utilizaremos, portanto, o termo “pulsão”, embora nas citações dos textos de Freud permaneça o termo “instinto”, proveniente da tradução inglesa.

... os impulsos instintuais sexuais, em particular, são extraordinariamente plásticos... Um deles pode assumir o lugar do outro, um pode assumir a intensidade do outro; no caso de a realidade frustrar a satisfação de um deles, a satisfação de outro pode proporcionar compensação completa... Ademais, os instintos parciais da sexualidade, bem como a tendência sexual que deles se compõe, revelam grande capacidade de mudar de objeto, de tomar um objeto por outro - e de tomar, portanto, um objeto que seja mais facilmente acessível (ibid., 1916d, p. 403-404).

Sendo um conceito-limite entre o psíquico e o somático, não nos é permitido um acesso direto à pulsão, mas somente a seu representante, no aspecto psíquico.

Esta noção evoluiu, como toda a teoria freudiana, mas conservou sempre, seu caráter dualista. A princípio, na 1ª tópica, as pulsões se diferenciam entre pulsões sexuais e pulsões do ego ou de autoconservação. A pulsão sexual se apoiaria inicialmente nas funções de autoconservação, mas destas se destacaria; esta pulsão seria a responsável pela conservação e reprodução da espécie. As pulsões do ego garantiriam a conservação do indivíduo, e têm como modelo a fome e a função de alimentação.

Mais tarde, os estudos sobre o ego e o narcisismo mostraram que esta distinção perdeu o sentido, pois a libido do ego constantemente se transforma em libido objetal, e vice-versa. A natureza da libido é, pois, uma só.

Na 2ª tópica, mais especificamente em **Para além do princípio de prazer** (1920), a dualidade pulsional passa a ser entre pulsões de vida e pulsões de morte. O id é o reservatório pulsional e nele estão estes dois tipos de pulsões.

Visto que todos os impulsos instintuais têm o sistema inconsciente como o seu ponto de impacto, quase não constitui novidade dizer que eles obedecem ao processo primário (ibid., 1920, p. 51).

Em todo impulso pulsional há fusões ou ligas das duas categorias de pulsões, nas mais variadas proporções. A pulsão de morte pode estar a serviço da pulsão de vida, e aí aparece como agressividade voltada para o mundo externo. Caso haja um desfusãoamento pulsional, isto vai afetar gravemente o sistema. Estas pulsões caminham

lado a lado, e é fundamental, neste conflito, um equilíbrio pulsional.

Nenhum desses dois instintos é menos essencial do que o outro; os fenômenos da vida surgem da ação confluyente ou mutuamente contrária de ambos. Ora, é como se um instinto de um tipo dificilmente pudesse operar isolado; está sempre acompanhado - ou, como dizemos, amalgamado - por determinada quantidade do outro lado, que modifica o seu objetivo, ou, em determinados casos, possibilita a consecução desse objetivo (ibid., 1933d, p. 252).

A *compulsão à repetição*, observada na clínica, levou Freud a postular a pulsão de morte, na medida em que ela exprime a natureza conservadora das pulsões. Experiências infantis, reprimidas e esquecidas, poderiam voltar à tona durante o trabalho de análise, mesmo que indo contra o princípio de prazer. Isto ocorre porque a compulsão à repetição vence o princípio de prazer. Também, fora da análise, pode-se observar pessoas que, em seus destinos, sofrem repetidamente situações dolorosas; um olhar mais atento nos faz concluir que elas mesmas são as causadoras desses males.

A pulsão de morte representa a tendência fundamental de todo ser vivo para retornar ao estado inorgânico. Seu alvo é a destruição das unidades vitais, a igualização radical das tensões e o estado de repouso absoluto. Este caráter regressivo torna-a a pulsão por excelência.

As pulsões de vida abrangem tanto as pulsões sexuais como as de autoconservação. Diferentemente das de morte, as pulsões de vida não apenas conservam as unidades vitais já existentes, como constituem, a partir destas, unidades mais englobantes. Procuram estabelecer e manter formas cada vez mais diferenciadas e organizadas. Seu alvo é ligar, unir. A libido é a energia das pulsões de vida.

As pulsões não são ativas ou passivas, mas sim as suas finalidades. Elas são sempre ativas, pois é necessário dispendir certa atividade, mesmo que para se chegar a um fim passivo.

Os impulsos pulsionais provenientes de uma fonte ligam-se a outros, provenientes de outras fontes, e assim compartilham de suas vicissitudes, possibilitando que uma satisfação pulsional possa ser substituída por outra. As relações da pulsão com a sua finalidade e objeto também são passíveis de modificações; ambas podem ser trocadas, mas é em relação ao objeto que esta troca se dá mais facilmente. Uma determinada troca de finalidade e objeto, que leva em conta os nossos valores sociais e a eles tenta servir, recebe o nome de sublimação. Na sublimação, as inclinações sexuais se vinculam a outras, não-sexuais, privilegiando os objetivos sociais em detrimento dos sexuais. A sublimação,

Consiste no fato de a inclinação sexual abandonar seu fim de obter um prazer parcial ou reprodutivo e de adotar um outro, que genericamente se relaciona àquele que foi abandonado, mas que, por si mesmo, já não possui mais um caráter sexual, devendo ser descrito como social (ibid., op. cit., 1916d, p. 404).

Supomos que um desequilíbrio ou desfuncionamento pulsional possa deixar o sujeito mais vulnerável diante da AIDS, visto que a vida e a saúde se relacionam a um equilíbrio pulsional.

Tanto a sublimação como a deslocabilidade e a facilidade em aceitar um substituto são efeitos protetores contra o adoecer como consequência da frustração. No caso da AIDS, supomos que estas possibilidades são fundamentais para que o sujeito possa lidar da melhor forma possível com este vírus, no sentido de poder encontrar as maneiras mais adequadas de dar curso à pulsão sexual, sem que com isto se exponha aos perigos da contaminação, ou, pelo contrário, interrompa, bloqueie ou dificulte o escoamento da energia sexual, a ponto que esta possa se transformar em um “adoecer psíquico”.

... as pessoas adoecem de neurose quando impedidas da possibilidade de satisfazer sua libido - que adoecem devido à ‘frustração’, conforme costume dizer - e que seus sintomas são justamente um substituto para sua satisfação frustrada (ibid., p. 403).

Escolha de objeto

Escolha de objeto é o modo como o sujeito escolhe o seu parceiro. Existem dois tipos de escolha de objeto de amor: escolha anaclítica e escolha narcísica.

O tipo anaclítico foi descrito por Freud nos **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905) como também em **Sobre o narcisismo: uma introdução** (1914). O autor indica uma relação vital com o outro, uma relação vinculada à autoconservação. No início, as primeiras satisfações sexuais estavam estreitamente relacionadas aos aparelhos que servem para a conservação da vida. Assim, no período referente à fase oral, o primeiro objeto sexual era o seio materno. Logo, a criança, no seu estado de desamparo, aprende a amar as pessoas que dela cuidam. Tal amor forma-se a partir do modelo da relação materna. Com a puberdade, este tipo de escolha tende a se apoiar no modelo das figuras parentais.

Neste tipo de escolha, ama-se:

- a mulher que alimenta
- o homem que protege e as linhagens de pessoas substitutivas que dele descendem.

No tipo de escolha narcísica, o que marca a relação é a identidade com o outro, a escolha é feita por algum elemento que seja idêntico, e o objeto representa o sujeito em algum aspecto. Aqui a relação de objeto se forma a partir da relação do sujeito consigo próprio.

De acordo com este tipo de escolha, ama-se:

- o que se é
- o que se foi
- o que se gostaria de ser
- a pessoa que foi uma parte do próprio sujeito (o amor narcísico da mãe por

seu filho).

Aqui, o que serve de modelo é uma imagem ou um ideal, e a semelhança pode se resumir em alguns sinais.

Tanto a relação de autoconservação como a da sexualidade são marcadas pela complementaridade. Freud, em **Sobre o narcisismo: uma introdução** (1914) relaciona a escolha anaclítica ao homem e a narcísica à mulher, mas diz que isto é para fins esquemáticos, pois no final das contas, todo ser humano possui as duas possibilidades. Isto fica mais fácil de compreender se, na leitura dos textos de Freud, lermos feminino, quando estiver escrito mulher, e masculino, no caso de homem, visto que, se a bissexualidade é constitucional ao ser humano, homens e mulheres possuem as diferentes possibilidades, em diferentes gradações.

Não concluimos, contudo, que os seres humanos se acham divididos em dois grupos acentuadamente diferenciados, conforme sua escolha sexual se coadune com o tipo anaclítico ou o narcisista; pelo contrário, presumimos que ambos os tipos de escolha objetal estão abertos a cada indivíduo, embora ele possa mostrar diferença por um ou por outro. Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais - ele próprio e a mulher que cuida dele - e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal *ibid.*, op. cit., 1914, p. 104-105).

O tipo de escolha objetal - embora saibamos em que toda escolha há aspectos anaclíticos e/ou narcísicos - pode também constituir-se numa marca diferenciadora na forma do sujeito lidar com a AIDS. Se a escolha anaclítica aponta para autoconservação e a narcísica para um ideal, podemos conjecturar se o sujeito, numa relação onde a escolha objetal fosse predominantemente narcísica, e portanto, repetimos, ideal, teria mais possibilidades de não saber se preservar do contágio.

A sexualidade humana e o desenvolvimento pulsional

Para a psicanálise, a sexualidade possui uma grande importância no que tange à vida psíquica e ao desenvolvimento do sujeito.

Freud vê a sexualidade como tendo um caráter muito mais amplo que a genitalidade ou a reprodução. A sexualidade humana - diferentemente da animal, que é instintiva e possui comportamentos pré-formados, fixos - é pulsional, pois permite flexibilidade quanto à escolha do objeto e quanto ao modo de atividade utilizado para atingir a satisfação. Neste sentido, ela é denominada de perversa, pois o prazer não é apenas genital (o corpo como um todo é erógeno, tem-se a noção de zona erógena), assim como a finalidade não é obrigatoriamente reprodutiva. Perversão é toda atividade sexual que não tem por finalidade a reprodução.

Neste sentido, o beijo pode ser considerado perversão.

Os senhores estão cometendo o erro de confundir sexualidade com reprodução, e com isto estão bloqueando o seu caminho para a compreensão da sexualidade, das perversões e das neuroses (ibid., 1916b, p. 364).

Da mesma forma que Freud considera a sexualidade humana como perversa, ele também utiliza este termo para denominar um determinado grupo de pessoas que viveriam manifestamente a sua sexualidade sem levar em conta a importância da reprodução ou do ato sexual genital (homossexuais, voyeurs, exibicionistas, fetichistas etc).

Assim, ele se utiliza dos exemplos das patologias para explicar mecanismos psíquicos que estão presentes em todo ser humano. A patologia seria apenas um desequilíbrio, um excesso ou escassez de determinada característica.

... um ou outro traço de perversão raramente está ausente da vida sexual das pessoas normais (ibid., 1916c, p. 337).

Daí que a sexualidade humana não se restringe à reprodução, está constantemente buscando o prazer.

... o amor sexual - nos proporcionou nossa mais intensa experiência de uma transbordante sensação de prazer, fornecendo-nos assim um modelo para nossa busca de felicidade (ibid., 1930, p. 101).

Seria interessante citar Laplanche e Pontalis, em sua definição de sexualidade.

Na experiência e na teoria psicanalíticas, 'sexualidade' não designa apenas as actividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de actividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção etc.), e que se encontram, a título de componentes, na chamada forma normal do amor sexual." (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983, p. 619).

Freud, ao embrenhar-se pelo estudo da sexualidade, através de uma atenta observação clínica e de um aprofundamento teórico, postulou a bissexualidade como constitutiva do sujeito. Em seus textos, não se refere a homem ou mulher, no sentido biológico destes termos, mas sim às possibilidades masculina e feminina, presentes em ambos os sexos.

... como se um indivíduo não fosse homem ou mulher, mas sempre fosse ambos - simplesmente um pouco mais de um, do que de outro... ...aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia (FREUD, op. cit., 1933c, p. 141).

Para Freud, a investigação psicanalítica deve ocupar-se da vida sexual das crianças. Primeiramente, e diferentemente de tudo o que se acreditava na época, Freud afirmou que havia uma sexualidade infantil. Observou que as inclinações à perversão têm

suas raízes na infância, quando as crianças são predispostas às perversões dentro de uma correspondência com o seu grau de maturidade.

... a sexualidade pervertida não é senão uma sexualidade infantil, cindida em seus impulsos separados (ibid., op. cit., 1916b, p. 363).

Deve-se ressaltar que é de fundamental importância que se faça a diferença entre a sexualidade infantil - Freud chamava as crianças de perversos polimorfos - e a perversão no adulto. A sexualidade pervertida do adulto é, geralmente, bem centrada. Suas ações se dirigem para um fim determinado, geralmente um único fim, na medida em que uma das pulsões componentes assumiu a predominância, tornando-se a única observável ou submetendo as outras aos seus propósitos. Não podemos falar de uma diferença entre a sexualidade normal e a pervertida; a diferença está nas pulsões componentes dominantes e nos fins sexuais. Já na sexualidade infantil, não há centralização, e as pulsões componentes possuem direitos iguais na busca de prazer. Em alguns casos, a sexualidade pervertida adulta é bem parecida com a infantil, pois suas várias pulsões componentes persistiram em seus fins, independentemente uns dos outros. Este caso, Freud prefere chamar de infantilismo do que de perversão. Deve-se, pois, marcar que tanto a sexualidade pervertida como a normal tiveram sua origem na sexualidade infantil.

Por agora, devem reter firme em mente que a vida sexual (ou, conforme dizemos, a função libidinal) não emerge como algo pronto e nem tem seu desenvolvimento ulterior ditado pelo seu próprio aspecto inicial, mas passa por uma série de fases sucessivas que não se parecem entre si; sua evolução repete-se, portanto, várias vezes - como a da lagarta em borboleta. O ponto crítico desse desenvolvimento é a subordinação de todos os instintos parciais à primazia dos genitais e, com isso, à sujeição da sexualidade à função reprodutiva (ibid., op. cit., 1916c, p. 383).

A sexualidade, em seu percurso pulsional, passa por diferentes fases: oral, anal, fálica e genital. Estas etapas não se dão de forma absolutamente clara nem seguem

uma cronologia etária definida. O desenvolvimento deste processo não põe fim a uma etapa quando surge a seguinte, na realidade elas se interpenetram. Ao "fim do caminho" a genitalidade ordena todo o processo anterior.

Nossa atitude para com as fases da organização da libido modificou-se um pouco, de um modo geral. Ao passo que, anteriormente, enfatizávamos principalmente a forma como cada fase transcorria antes da fase seguinte, nossa atenção, agora, dirige-se aos fatos que nos mostram quanto de cada fase anterior persiste junto a configurações subseqüentes, e depois delas, e obtém uma representação permanente na economia libidinal e no caráter da pessoa (ibid., 1933b, p. 125).

Como as fases da libido não são finalizadas ou ultrapassadas totalmente, acreditamos que, de acordo com cada estruturação psíquica, elas deixem marcas que se expressam na vivência sexual de cada um. Um sujeito que tenha uma fixação na fase oral sente especial prazer em beijar, ou no sexo oral, por exemplo. Se a fixação está na fase anal, o prazer de uma relação sexual anal tende a ser intensa.

Sendo o sangue e o esperma os fluidos dos transmissores da AIDS, e sabendo que numa relação sexual anal eles estão quase sempre presentes, esta se torna - até pela própria natureza biológica da região, uma mucosa muito sensível - uma das principais formas de transmissão do vírus, quando se fala em sexualidade.

Assim, a questão não é o sujeito abandonar práticas sexuais prazerosas mas, antes de tudo, poder referenciá-las aos novos meios de prevenção (camisinha). Os médicos advertem que, mesmo no sexo oral, a camisinha torna-se necessária.

• *A "educação" pulsional*

No entanto, para que a criança tenha seu ingresso no grupo social, as pulsões não podem seguir livremente (ver complexo de Édipo e castração, na segunda parte deste capítulo). Podemos observar isto através da educação e da repressão da atividade sexual,

presente nas fases do desenvolvimento da libido.

De outro modo, o instinto romperia todos os diques e arrasaria todo o trabalho da civilização laboriosamente construído. Ademais, nunca é fácil a tarefa de dominar o instinto; seu êxito, por vezes é muito pequeno, por vezes muito grande (ibid., op. cit., 1916b, p. 364).

Assim, a civilização, através de suas realizações e regulamentos, serve a dois intuitos:

... o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar seus relacionamentos mútuos (ibid., op. cit., 1930, p. 109).

Se a pulsão busca sempre a satisfação imediata - e neste sentido, age dentro do mecanismo primário do princípio de prazer - a civilização, através da repressão, age através do mecanismo secundário do princípio de realidade. No entanto,

O instinto reprimido nunca deixa de esforçar-se em busca da satisfação completa, que consistiria na repetição de uma experiência primária de satisfação (ibid., op. cit., 1920, p. 60).

Ao mesmo tempo:

O caminho para trás, que conduz à satisfação completa, acha-se, via de regra, obstruído pelas resistências que mantêm as repressões, de maneira que não há alternativa senão avançar na direção em que o crescimento ainda se acha livre, embora sem perspectiva de levar o processo a uma conclusão ou de ser capaz de atingir o objetivo (ibid., p. 60).

Mas a repressão não é a única forma de lidar com o social, enquanto lei. Em determinadas situações, esta lei pode ser negada, assim como, nos estágios pré-castrativos, a criança negava-se a aceitar a diferença sexual, ou seja, a castração. Neste sentido, Freud faz uma relação entre frustração sexual e perversão.

Em todo caso, perceberão, contudo, que, como resultado desse represamento 'colateral' [da corrente sexual normal], os impulsos pervertidos devem emergir com mais intensidade do que emergiriam se a satisfação sexual normal não tivesse encontrado obstáculo no mundo real (ibid., op. cit., 1916b, p. 362).

A AIDS provoca uma frustração sexual, na medida em que é o próprio contato sexual que traz riscos à integridade física e psíquica do sujeito. Desta forma, ela pode até agir como injúria narcísica, provocando uma repressão do ato sexual, enquanto livre e fora de referências (sem preservativos, com múltiplos parceiros etc.), ajustando-o e reorganizando-o dentro dos novos referenciais propostos pela saúde pública. Uma outra possibilidade seria a de negar esta realidade imposta pelo vírus e, neste sentido, poderíamos falar de uma atitude perversa, pois relacionada à negação da realidade.

Freud aponta para a importância de se levar em conta a realidade externa, adiando ou adaptando a satisfação, sendo isto chamado de princípio de realidade.

AIDS e negação

Quando a realidade apresenta-se como muito dolorosa ou como uma ameaça diante da qual o sujeito se percebe impotente, o processo de recusa ou de rejeição desta realidade pode ser deflagrado. Embora Freud aponte este processo de afastamento ou perda da realidade como característico da estrutura psicótica, ele pode ocorrer, em graus variáveis, também na estrutura neurótica.

...tanto a neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição - ou, caso preferirem, de sua incapacidade - a adaptar-se às exigências da realidade... a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la (ibid., 1924b, p. 231).

Cada estrutura possui um modo próprio de lidar com a realidade. Assim,

podemos conjecturar se estruturas mais narcísicas (psicóticas) tenderiam a repudiar e negar mais a realidade da AIDS do que estruturas menos narcísicas e mais referenciadas pela lei da castração (neuróticas). Conseqüentemente, quanto mais narcísica a estrutura, menos se adaptaria à nova realidade e menos se precaveria contra o contágio.

Nos hospitais, observa-se que alguns pacientes, já contaminados, “negam” a doença e não seguem corretamente o tratamento.

Assim também, pessoas não infectadas negam o perigo do vírus, através de uma vivência sexual que as expõe desprotegidas.

AIDS e suicídio

Esta questão pode ser analisada, com referência à AIDS, a partir de uma afirmação de Durkheim:

... toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima (DURKHEIM, 1973, p. 12).

De acordo com este pensamento, poderíamos perguntar se, em determinados casos, a negação da realidade através de uma vivência sexual fora dos novos padrões, em pessoas de nível cultural superior (não restando dúvidas quanto ao seu conhecimento da doença, suas conseqüências e formas de prevenção), não poderia ser considerada uma forma “passiva” de suicídio, simplesmente por se exporem aos riscos de uma doença de caráter letal.

Esta questão é bastante delicada, e com ela não queremos dizer que as pessoas que se contaminam sejam suicidas. Esta idéia talvez só faça sentido em casos específicos.

Mas, ao mesmo tempo, ela tem seu suporte na teorização freudiana sobre

princípio de prazer x princípio de realidade. Para que o organismo sobreviva, ele deve estar adaptado à realidade; o puro prazer pode conduzir à morte. O suicida é alguém que não pode suportar a realidade, e a fuga desta coincidiu com a sua destruição.

3.2 Castração e complexo de Édipo

O surgimento do termo castração, na teoria freudiana

Freud, já em 1900, na **Interpretação dos sonhos**, descreveu vários sonhos de castração mas, o que veio a se chamar propriamente de complexo de castração só foi descoberto em um de seus relatos clínicos, aquele sobre o “Pequeno Hans”, um menino de cinco anos. Em 1909, através da análise deste menino (efetuada em sua maior parte pelo próprio pai deste, e supervisionada por Freud, que posteriormente fez algumas entrevistas com a criança), como também graças aos estudos das lembranças infantis de pacientes adultos, pôde-se elaborar este conceito.

Em **Sobre o narcisismo: uma introdução** (1914), o complexo de castração era compreendido como um “complexo” particular, pois aqui ele aponta casos em que não se verifica a sua presença.

Alguns anos depois, no período de 1923-1925, Freud proclama o complexo de castração como uma realidade universal, ou seja, como algo a que todo ser humano deve passar. Assim como o complexo de Édipo, esta passagem define uma fase específica da sexualidade: a fase fálica. Esta fase, inseparável do complexo de castração, é seu fundamento; são dois aspectos de uma única e mesma realidade.

O conceito de castração

Se formos procurar o significado deste termo - castração - em qualquer dicionário, encontraremos o seguinte: amputação das glândulas sexuais, os testículos no macho e os ovários na fêmea. Imediatamente, constatamos a diferença entre este e o significado de castração, para a psicanálise: Freud referia-se à amputação do pênis. E, se ainda formos mais fiéis à teoria, poderemos observar que a psicanálise não se ocupa de uma castração real, mas sim de uma castração fantasística.

A castração se constitui em uma experiência psíquica, a qual é vivida de forma inconsciente pela criança, atingindo seu ápice por volta dos cinco anos de idade.

Diferença entre pênis e falo

Antes de prosseguirmos na teoria da castração propriamente dita, vale a pena uma pequena "digressão", para situar de forma clara e inequívoca dois termos aqui amplamente utilizados e que possuem significados diferentes: pênis e falo. Estes termos estão intimamente relacionados ao tema da castração e o seu esclarecimento é fundamental neste estudo.

De acordo com a teoria lacaniana, esta distinção se dá em função da tripartição dos domínios em que tal teoria se desenrola: real, simbólico e imaginário. O pênis é o órgão corporal real. O falo significa tanto o órgão simbólico, como o imaginário. O pênis é um representante do falo, na medida em que é um órgão cuja função simbólica é o preenchimento da falta. É por este motivo que a criança, em determinado momento de sua vida, divide o mundo entre os que têm pênis e os que são castrados.

Em nossa sociedade, o falo é um símbolo de poder e de completude. Por não ser da ordem do concreto, do biológico, o fato de um homem possuir pênis não o faz possuidor do falo. Para Freud, o ser humano é marcado por uma incompletude

fundamental, que o lança numa procura infundável.

O elemento organizador da sexualidade humana não é, portanto, o órgão genital masculino, mas a *representação* construída com base nessa parte anatômica do corpo do homem (NASIO, 1989, p. 33).

O falo imaginário é uma representação psíquica inconsciente, que resulta de três fatores. O primeiro é o anatômico, ou seja, este apêndice do corpo tem caráter fisicamente proeminente, podendo ser tocado e olhado - daí a alternativa de estar presente ou ausente. O segundo fator refere-se à carga libidinal que se acumula na região peniana. O terceiro fator, fantasístico, refere-se à angústia que provoca a fantasia de mutilação.

O falo é simbólico, na medida em que ocupa um dos lugares, em uma série de termos equivalentes. Freud chamou esta série comutativa de *equação simbólica* (pênis = fezes = dinheiro = bebê...). Com isto, o falo simbólico, além de ser um objeto substituível, entre outros, é também o referencial que garante a própria operação de sua substituição.

Ele marca o corpo por uma ausência ou presença. Sua característica é poder ser representado como destacado do corpo; assim podemos passar de uma "presença-ausência" puramente lógica, a uma oposição na vida pulsional "fálico/castrado". É esta experiência mental relativa à fase fálica que denominamos de complexo de castração.

Embora o termo falo seja raramente encontrado nos escritos freudianos - o termo utilizado era pênis para designar a parte ameaçada do corpo do menino e ausente do corpo da mulher -, esta distinção já era feita, pois falava de uma fase fálica e não de uma fase peniana. Depois de Freud, Lacan conceitua e diferencia formalmente estes dois termos, e procura mostrar como o conceito de falo é prevalente na teoria freudiana.

A experiência da castração

Como vimos anteriormente, o complexo de castração chega a seu ápice

quando a criança tem em torno de cinco anos, momento em que está na fase fálica. No entanto, experiências pré-castrativas já vêm ocorrendo desde muito antes. Desde que a criança vem ao mundo, ela já sofre perdas e separações: ao nascer, separa-se do corpo da mãe, depois separa-se de suas fezes, passa pelo desmame, sente fome, cólicas, ausência da mãe etc. Mas, todas estas experiências só vão ganhar sentido mais tarde, a partir das significações produzidas após a resolução do complexo de Édipo. Como este momento ainda não foi marcado por uma diferença na sexualidade, a criança faz uma distinção apenas de gêneros: homem e mulher, pai e mãe; de modo que se encaixe no grupo de meninos ou meninas através de sinais exteriores, tais como vestuário, conformação física, costumes sociais etc. Para Freud, a diferença entre masculino e feminino só ocorrerá bem mais tarde, no momento da puberdade.

Esta experiência permite à criança reconhecer, ao preço da angústia, a diferença anatômica entre os sexos. Ela põe fim à ilusão de onipotência e permite o ingresso num mundo de homens e mulheres, possuidores de corpos limitados e diferentes. Cai por terra a ilusão de que um pênis de menino poderia concretizar seus intensos desejos sexuais em relação à mãe.

O complexo de castração não se reduz a uma mera etapa na evolução da sexualidade infantil, muito menos a um momento cronológico. Esta experiência se renova ao longo da vida do sujeito, especialmente no percurso analítico de um adulto, que aí pode

... admitir com dor que os limites do corpo são mais estreitos do que os limites do desejo (ibid., p. 13).

O conflito edipiano

O conflito edipiano centra-se na noção de saber. Nele se estabelece um confronto entre a criança e seus pais; a criança demanda um saber que seus pais se recusam

a lhe proporcionar.

É por este motivo que a criança dá início à elaboração de teorias sexuais, ou melhor, fábulas sexuais, para responder a questões sobre a sexualidade (gravidez, parto etc.). Esta situação a faz crer que existe algo de proibido e interdito e, com isto, suas investigações se dão em segredo. Este contexto é propiciador de um conflito psíquico, que vem a se tornar uma clivagem psíquica.

Essa clivagem psíquica fundamental, que tem origem, portanto, no primeiro conflito psíquico, é a grande clivagem do indivíduo em inconsciente, por um lado, e pré-consciente-consciente, por outro. Em suma, o domínio reservado dos adultos é a garantia do domínio reservado das crianças (LAPLANCHE, 1988, p. 27).

A estreita relação entre Édipo e castração

No texto de Freud **A dissolução do complexo de Édipo** (1924), a fase fálica e os complexos de castração e de Édipo são inseparáveis.

A estreita relação - Édipo e castração - dá-se especialmente no que tange às funções interditória e normativa. É durante a fase fálica que tais eventos atingem seu ápice.

... o significado do complexo de castração só pode ser corretamente apreciado se sua origem, na fase da primazia fálica, for também levada em consideração (FREUD, 1923c, p. 182).

A linha de conduta ditada pelo complexo de Édipo diz que é lei não dormir com a mãe e não matar o pai. Em caso de não-submissão a tal linha de conduta, deve haver uma punição: a castração. Estas duas linhas de conduta unem os complexos de Édipo e de castração, donde se evidencia uma lei e a pena que pune a transgressão.

... não só és punido, mas és punido exatamente por onde pecaste. És punido no objeto do delito, no ponto do desejo, em teu pênis que, precisamente, se excitou diante de tua mãe (LAPLANCHE, op. cit., 1988, p. 4).

O aspecto mítico

O complexo de castração e o complexo de Édipo apresentam-se fundamentalmente como eventos míticos. A castração é da ordem do simbólico e do imaginário e recai sobre o pênis apenas, enquanto representante do falo.

Estes complexos são acontecimentos ordenadores de uma certa estrutura e lei das relações humanas.

Sendo o crime edipiano o crime por excelência, só haveria lei para crimes derivados e mais benignos, não para o Crime fundamental. Talvez cheguemos desse modo à idéia de um crime originário, fundador da Lei e não submetido a ela (id., p. 267).

Freud ilustra o aspecto mítico da castração no texto **Totem e tabu** (1912). Cria o mito de uma horda primitiva, pré-histórica, em que o pai, o pai primevo, é o detentor de todas as mulheres e ameaça os filhos de castração ou os castra efetivamente. Esta lei não tinha o caráter de um imperativo categórico (já que este pai não se submetia a ela), era apenas uma lei do mais forte, uma lei de posse. Freud trata este pai primitivo como um pai de carne e osso, e não um Deus ou profeta; o que permite que sua interdição não tenha o sentido de uma lei absoluta que abranja toda a sexualidade. Este pai é um rival, que em certo sentido está no mesmo plano do filho, e que age desta forma por motivos egoístas; a interdição da mãe não se origina de motivos sublimes, mas sim de um desejo de exclusividade. Esta lei, que tem conteúdo e objetivo determinados, abre a possibilidade de revolta, de subversão. Para o filho, o direito do pai é tão pouco justificado quanto o seu; ele acredita que se o pai já teve a sua vez, a dele também chegará. Outra possibilidade se refere a um espaço categorial, o da simultaneidade das mulheres; nesta lei não se opõe a sexualidade à não-sexualidade, mas sim uma categoria de mulheres a outra, mais especificamente, a mãe às não-mães.

A lei do pai primevo não tem o sentido do termo lei, utilizado em psicanálise, pois é arbitrária; não é uma lei para todos, na medida em que o pai não está submetido a ela, ele encarna a própria lei, está acima dela. A revolta dos filhos permite uma nova organização: todos são submetidos à mesma lei. De agora em diante, cada pai é um representante da lei e, desta forma, se sujeita a ela. As relações de troca tornam-se possíveis. Inicia-se a história.

O processo do complexo de castração

Se, como vimos no item 3.2.7, em **Totem e tabu**, através de um modelo antropológico, Freud representou miticamente um dos pontos cruciais da psicanálise, que são os complexos de Édipo e castração, em outros textos, todo este processo é descrito como pertencente à história do sujeito. Este percurso é fundamental para a assunção do sujeito e não ocorre da mesma forma em meninos e meninas. Nossa próxima tarefa é descrever estes dois diferentes processos utilizando, basicamente as contribuições de Freud e de outros psicanalistas, que procuraram fazer novas articulações, baseadas na teoria do mestre.

• *O complexo de castração no menino*

1º tempo - O que existe é a relação mãe-filho, dual e especular. O pai está excluído. O falo recai sobre esta relação e o filho se identifica com este falo.

Abro um parênteses para salientar que Freud, ao falar de pai e mãe, refere-se à função materna ou paterna, e não às pessoas propriamente ditas.

O menino, vivendo um momento preliminar das crenças infantis, acredita que todos possuem um pênis igual ao seu. Freud constatou esta crença de igualdade em todas as crianças.

Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entra em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do *falo* (FREUD, 1923c, p. 180).

Só mais tarde, com a visão do corpo de uma menina ou de sua mãe, poderá ter acesso à realidade de que nem todos possuem este atributo, até então a seus olhos universal, abrindo caminho para a angústia de ele próprio, um dia, vir também a ficar despossuído.

2º tempo - Neste, o pai é incluído pela mãe. Poderíamos falar de uma mãe bifocal, que além de olhar para o filho, pode olhar também para outro lugar (BARROS, 1991). Ela e seu filho não se completam, o filho não é seu falo, assim como ela não é fálica. Convoca o pai a entrar na relação, e este lhe dá o que o filho não pode dar; isto se constitui em uma injúria narcísica, para a criança.

Com a entrada do pai, um terceiro, agente da castração e da Lei, o filho se sente ameaçado de perder seu membro. Isto se dá como consequência também das ameaças verbais que visam a proibir práticas autoeróticas e a fazer renunciar a fantasias incestuosas.

As advertências parentais têm como meta implícita tirar do menino toda e qualquer esperança de um dia ocupar o lugar do pai junto à mãe. A castração incide sobre o vínculo incestuoso, e não sobre a relação mãe-filho, que é preservada.

O pai exerce a função de lei, porque um dia seu pai fez o mesmo em relação a ele. Neste tempo, tem início o movimento das identificações. O filho deve se identificar com o pai, e com ele aceitar a proibição em relação à mãe, abrindo caminho para possuir as outras mulheres. É pelos pais terem sido castrados que podem transmitir essa

herança ao filho. Com a internalização dessas proibições, forma-se o superego.

Mas as advertências e proibições parentais só terão influência sobre a criança uma vez atravessada a próxima etapa, o terceiro tempo.

3º tempo - É o complexo de Édipo, propriamente dito. O pai, como agente da castração, deve proibir o filho de ser objeto de desejo da mãe e proibir a mãe de ter o filho como seu objeto de desejo; desta forma, exerce uma dupla interdição. O falo recai sobre o pai.

Neste momento, o menino faz a descoberta visual da região genital feminina. O que ele vê, o que percebe, não é o órgão sexual feminino, mas sim a zona pubiana do corpo da mulher, ou seja, o que ele vê é a falta de pênis. De início, ele pode não valorizar esta falta, mas a lembrança das admoestações parentais conferem, a posteriori, um significado à sua percepção visual. O apego afetivo narcísico que tem pelo seu pênis, no entanto, torna-lhe difícil acreditar que existam seres semelhantes a ele que não o possuam. Por isso é que tende a negar a primeira percepção da zona genital da menina. Em detrimento da realidade, o menino tende a forjar a ficção de que a menina tem um pênis pequeno, mas que um dia há também de crescer.

Sabemos como as crianças reagem às suas primeiras impressões da ausência de um pênis. Rejeitam o fato e acreditam que elas *realmente*, ainda assim, vêem um pênis (id., p. 181-182).

4º tempo - A crença de que as mulheres possuem um pênis persiste por algum tempo, pelo menos quanto às mulheres mais velhas, como a sua própria mãe. Esta crença cai por terra com a descoberta de que as mulheres podem gerar filhos. Só neste momento dá-se o surgimento real da angústia de castração.

Podemos perceber nas crianças manifestações de angústia, como medos, e pesadelos, mas estas angústias vivenciadas são defesas contra a angústia de

castração propriamente dita, que é inconsciente e não pode ser vivenciada.

Fase final - Como efeito da angústia de castração, o menino aceita a lei da proibição e renuncia à mãe como parceira sexual, afim de salvar seu pênis, o que lhe possibilita a afirmação da identidade masculina. No menino, o término do complexo de castração coincide com o término do complexo de Édipo. Todo este processo, se atravessado com êxito, é produtivo e estruturante, pois permite ao menino assumir sua falta e produzir seu próprio limite.

... a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria (ibid, p. 182).

Para Freud, o desaparecimento do complexo de castração, nos meninos, é violento e definitivo.

Nos meninos (...) o complexo não é simplesmente reprimido; é literalmente feito em pedaços, pelo choque da castração ameaçada...; em casos ideais, o complexo de Édipo não existe mais, nem mesmo no inconsciente; o superego se tornou seu herdeiro (ibid., 1925, p. 319).

Para BARROS (1991), este é o 4º tempo, o do projeto do sujeito. Neste tempo, o triangulo edípico vai ser rebatido para se constituir na realidade. A realidade do sujeito far-se-á de acordo com a maneira pela qual ele contemplou a relação pai/mãe, em seus lugares e funções. Pai/mãe se colocam entre o sujeito e sua perspectiva de realidade; o falo recai sobre este projeto. Como disse Freud, o sujeito vai projetar como seu ideal o substituto do narcisismo perdido de sua infância. Em uma tentativa de substituir o perdido, o sujeito, em sua trajetória de vida, reeditará Édipo e Narciso. Este tempo final pertence tanto a meninos como a meninas.

• *O complexo de castração na menina*

Até 1920-1925, Freud preocupava-se essencialmente com o Édipo masculino. No artigo **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica dos sexos** (1925), há uma mudança crucial em seu pensamento: novas concepções da sexualidade feminina são apresentadas. Até então, o Édipo feminino era simétrico ao masculino, apenas uma transposição deste.

1º tempo - A menina possui com a mãe, seu primeiro objeto de amor, uma relação dual e especular. É claro que o pai biológico já existe, pode cuidar dela e acariciá-la, mas da mesma forma que para o menino, ainda não tem função de pai. O que há neste momento é uma mãe, uma criança e um falo; assim, não se trata de três elementos, mas de dois.

A menina ignora a diferença sexual, assim como seu órgão sexual, a vagina. Rejubila-se com seu clitóris, que ela assemelha ao pênis e ao qual atribui o mesmo valor que o menino atribui a seu próprio órgão. O pênis é um atributo universal.

2º tempo - É o tempo da mãe bifocal, que convida o pai a entrar na relação. Isto possibilita à menina descobrir a região genital masculina e com isto concluir que ela não possui o verdadeiro órgão peniano. Observa e compara seu órgão com os dos meninos e os vê como maiores e superiores ao seu. Se no menino a experiência visual causa efeitos progressivos, na menina eles são imediatos.

Faz seu juízo e toma sua decisão num instante. Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo (ibid., op. cit., p. 314).

Enquanto o menino teme vir a ser castrado, a menina

reconhece-se castrada. Portanto, o menino vive a angústia da ameaça e a menina vive a inveja de possuir aquilo que viu e do qual julga que foi castrada.

3º tempo - No início, a menina reconhece a castração como um infortúnio individual; a mãe passa a ser desprezada e rejeitada por não lhe ter transmitido os mesmos atributos fálicos, num tempo em que ainda não aprendeu a valorizar seu corpo de mulher. Com isto, ressurgem o ódio sentido da primeira separação da mãe, pelo desmame. Este ódio faz com que ela se afaste da mãe pela segunda vez e busque o pai como objeto de amor.

Diferentemente do que ocorre com o menino, que renuncia à mãe diante de uma ameaça de castração, e assim sai do Édipo, a menina aqui inicia seu Édipo, que de acordo com Freud, deve persistir ao longo de toda a sua vida de mulher.

O pai é seu novo objeto de amor, e para ele dirige seus sentimentos mais ternos. Seu desejo de um pênis a faz dirigir-se ao pai sob a forma de um desejo infantil, ela quer o pênis do pai. Mas o pai também se recusa a acolher seus desejos, e isto faz com que em seu percurso edípico, receba um não a mais que o menino. Para BARROS (1991), é este segundo “não” que lhe inscreve algo, que a remete para um lugar desconhecido, sem referência ou modelo. Ela chama a isto de representação de mulher, pois só a mulher é que tem esta marca. Para esta autora, o lugar de mulher está neste “não” a mais do pai. Com esta representação de mulher, a menina identifica-se com a mãe.

A mulher é marcada por uma impossibilidade fálica que a permite articular uma equivalência onde pênis = bebê, enquanto para o homem pênis = pênis.

Tempo final - Ao constatar a sua falta de pênis, a menina pode escolher entre algumas saídas que promoverão destinos diferentes para sua feminilidade. Este é um

modelo didático, pois na realidade estas saídas nem sempre aparecem de forma tão clara ou diferenciada.

A primeira delas seria a ausência da inveja do pênis como decorrência do susto diante da visão da desvantagem anatômica, provocando de forma generalizada um desvio da sexualidade. Nesta saída, há uma negação da realidade da percepção. Aqui há a ameaça de que, numa postura de renúncia, se perca toda a possibilidade de sexualidade, ou pelo menos, toda a sexualidade voltada para o objeto.

A segunda seria acreditar que um dia também viria a possuir um pênis. Aqui há a inveja do pênis e o desejo de possuí-lo, mas também de forma a negar a castração. O clitóris é um “penzinho” e é zona erógena predominante. Isto pode dar origem a uma escolha homossexual manifesta e a fantasia de ser homem persiste como objetivo em sua vida, o que podemos chamar de complexo de masculinidade. Também há a possibilidade de uma postura de vingança contra o homem, em que procura tirar deste o elemento de superioridade.

Na terceira saída, a menina faria um reconhecimento imediato da castração. Com isto ela passa por três mudanças importantes:

- a mudança de objeto da mãe para o pai;
- a mudança de zona erógena, onde o clitóris cede lugar à vagina, devido a um deslocamento de libido em seu corpo. Se a inveja do pênis tem o sentido de gozar com o pênis no coito;

... vagina ganha então o valor como continente do pênis; ela recolhe a herança do corpo materno (Freud, apud NASIO, op. cit., p. 21).

- a mudança de objeto desejado: de ter um pênis, para ter um filho. Esta é considerada por Freud uma mudança muito

importante e a mais normativa.

A feminilidade é, definitivamente, um constante devir, tecido por uma multiplicidade de trocas, todas destinadas a encontrar para o pênis o melhor equivalente (NASIO, id., p. 2).

• *Considerações sobre o complexo de castração no menino e na menina*

Ambos têm a mãe como primeiro objeto de amor. Assim, o menino, que não troca de objeto, mantém, desde o início, uma ligação heterossexual. Já na menina, sua primeira ligação é homossexual; só mais tarde, ao trocar de objeto, tem com o pai uma relação heterossexual.

Outra diferença é que o menino percebe a diferença dos sexos como uma amputação ativa, ligando-se a ele um sentimento de horror, ao qual Freud denominou de medo ou angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é entendida como um prejuízo por omissão. Esta idéia está explícita em **Inibições, sintomas e ansiedade** (1926) como também nas **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise** (1933). Acredita que a angústia de castração não é universal, está presente apenas no homem. No entanto, a ameaça e a interdição também pesam sobre a atividade fálica da menina; a sanção é menos localizada e, como tal, estas ameaças podem se reduzir à ameaça da perda de amor. A menina obedece para não perder o amor do adulto.

Vemos que o complexo de castração só ocorre por uma soma de ingredientes que, no menino, são a percepção + a ameaça e na menina são a percepção + a inveja. Trata-se de dois registros: o da frustração e o da privação.

O temor de ser contagiado com a AIDS pode significar uma frustração ao sentimento de satisfação narcísica proporcionado por uma vivência sexual até então sem limites, que não implicava riscos maiores.

De forma diferente, se esta ameaça de contágio puder ser vivida como

castração simbólica, os novos referenciais impostos pela doença são aceitos, a vivência da sexualidade tende a se organizar sob novos parâmetros, de modo que não seja abolido o sentimento de prazer. Enfim, se algo se perde, o conjunto se reorganiza e algo de novo surge em seu lugar.

A lei de Édipo e a castração como sanção

De acordo com desenvolvimentos mais modernos da teoria psicanalítica, dentro de um modelo pós-freudiano, entende-se o imperativo e o castigo como uma coisa só. É uma lei auto-sancionante que, como imperativo categórico, diz ao sujeito; “serás castrado”. A castração, neste sentido, não é mais vista como punição a um ato ou intenção culpável; ela é a garantia de uma possibilidade de cumprimento anterior. Esta lei diz que para desfrutar do pênis, deve-se ser castrado; ou ainda, para se tornar sujeito, deve-se ser castrado.

Não é o “tudo ou nada”, mas a interdição recai, ao mesmo tempo, espacial e temporalmente, apenas sobre uma parte da atividade sexual. E quem diz adormecimento, diz, evidentemente, possibilidade de despertar e possibilidade de um outro tipo de atividade sexual (LAPLANCHE, op. cit., 1988, p. 63).

Enfim, de acordo com uma primeira teoria construída por Freud, a castração é a sanção de uma certa lei. Mas recentemente, para alguns pós-freudianos, ela é a própria lei.

Daí observarmos que no Édipo existe um equilíbrio; ao mesmo tempo em que ele nega, abre novas portas, quando diz:

... se queres desfrutar das mulheres, deves primeiramente renunciar à tua mãe; se queres ser sexualmente potente, deves ser castrado em relação à tua mãe (id., p. 5).

Não poderia-se dizer que a castração é uma realidade, mas sim sua tematização. Seria uma certa teorização da realidade, mas de tal modo ligada à percepção, que o negar a castração seria a mesma coisa que negar a experiência perceptiva.

A percepção é extremamente importante neste processo, no entanto, não basta tomá-la isoladamente, pois pode ser escotomizada. Ela ganha sentido com a ameaça; esta última, por sua vez, se também viesse só, seria insignificante. Enfim, a criança precisa se deparar visualmente tanto com a falta, com a diferença, como precisa ouvir a "ameaça", a lei de castração.

Embora a mãe atue neste processo, é ao pai que cabe a função de representante da lei.

Na maioria das vezes, é das mulheres que parte a ameaça de castração (ibid, p. 59).

No entanto,

... é sempre ao pai, em última análise, que essa ameaça será reportada (ibid, p. 59).

Vimos acima que a mãe também age como agente de interdição. Mas sua função, diferentemente da do pai, apresenta grandes ambiguidades, na medida em que, através dos próprios cuidados maternos dispensados ao bebê, a sedução se torna presente; poderíamos mesmo dizer que ela é a primeira sedutora, na vida do pequeno ser. Assim, neste caso, é o próprio sedutor quem interdita.

Da mesma forma poderíamos pensar na AIDS dentro deste raciocínio teórico. Se a castração é sanção e lei ao mesmo tempo, e aqui conjecturamos que a AIDS pode significar uma injúria narcísica e uma castração (simbólica), podemos, em relação a esta doença, entender o quanto age como sanção e como lei.

É bastante comum ouvirmos que a AIDS é um castigo para uma promiscuidade sexual. Não compartilhamos deste tipo de invectiva, embora não possamos deixar de crer que ela está presente no imaginário de muitas pessoas. Assim, poderíamos entendê-la como sanção, na perspectiva do sentimento que ela causa no sujeito.

Estamos relacionando a ameaça de contágio com o vírus HIV com a ameaça de castração vivida no Édipo. Falamos, portanto, de ameaças e de sanções simbólicas, na medida em que não estamos trabalhando sobre o tema de sujeitos aidéticos, e nem a criança no Édipo é realmente castrada de seu pênis.

Ao mesmo tempo, se esta ameaça de sanção tem eficácia, a lei se torna aceita e a castração simbólica se realiza.

A identificação

A identificação é descrita no **Vocabulário da psicanálise** como:

Processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações. (LAPLANCHE; PONTALIS, op. cit., 1983, p. 295).

Este também é um conceito de valor central na obra freudiana, na medida em que é uma operação pela qual o sujeito se constitui.

Tal operação se encontra presente no complexo de Édipo, quando o infans, no seu processo de estruturação psíquica, se identifica com seus pais e, posteriormente, com pessoas que sejam representantes da lei e dos costumes sociais, como professores etc.

Na segunda teoria do aparelho psíquico (2ª tópica), as instâncias que se diferenciam a partir do id são especificadas pelas identificações de que derivam. As instâncias são resquícios das relações de objeto. As identificações superegóicas, em que a

criança se identifica com as imagens parentais mais primitivas, são de ordem estrutural. As identificações posteriores, que ocorrem ao longo do desenvolvimento, só atingem o ego.

Em certos casos, a identificação incide não sobre todo o objeto, mas sim num 'traço único'.

A identificação pode ser de dois tipos: primária ou secundária.

A identificação primária é uma espécie de mito, já que não a encontramos em sua forma pura na realidade. Este tipo de relação seria o modo mais primitivo de relação com o objeto. Freud, nos **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (apêndice de 1915) define a fase oral e a relação oral com o objeto como caso exemplar, senão único, de identificação primária devido às características de relação com o outro e de assimilação com o outro. No momento em que o objeto é ingerido, o sujeito apropria-se ou introjeta suas qualidades; é o que podemos chamar de uma relação canibalesca.

Mais adiante em sua obra, em **O ego e o id**, Freud situa este processo:

A princípio, na fase oral primitiva do indivíduo, a catexia do objeto e a identificação são, sem dúvida, indistinguíveis uma da outra. Só podemos supor que, posteriormente, as catexias do objeto procedem do id, o qual sente as tendências eróticas como necessidades. O ego, que inicialmente ainda é fraco, dá-se conta das catexias do objeto, e sujeita-se a elas ou tenta desviá-las pelo processo de repressão (FREUD, op. cit., 1923b, p. 43).

No entanto, não devemos imaginar que esta etapa e suas características se extingam completamente, como curso do desenvolvimento.

O modo de identificação primária pode vir a marcar com seu estilo a identificação secundária (LAPLANCHE, op. cit., 1987, p. 303).

A identificação secundária ocorre após um investimento de objeto e se dá em relação à identificação primária, pois em sua forma ela traz as marcas da identificação primária.

A criança, em seu processo de estruturação, abandona os investimentos que fez nos pais e os substitui por identificações.

Se alguém perdeu um objeto, ou foi obrigado a se desfazer dele, muitas vezes se compensa disto identificando-se com ele e restabelecendo-o novamente no ego, de modo que, aqui, a escolha objetal regride, por assim dizer, à identificação (FREUD, 1933a, p. 82).

No texto *O ego e o id*, Freud coloca a identificação primária como substrato do ideal do ego, e como uma identificação com o pai. Neste mesmo texto, corrige-se e diz que a identificação se dá com *os pais*.

Isso nos leva ao nascimento do ideal do ego, pois por trás dele se oculta a primeira e mais importante identificação do indivíduo: a identificação com o pai da pré-história pessoal. Essa identificação não parece constituir o resultado ou desfecho de um investimento de objeto. Mas as escolhas de objeto pertencentes ao primeiro período sexual e concernentes ao pai e à mãe, parecem, num desenvolvimento normal, encontrar seu desfecho numa tal identificação, vindo assim a intensificar a identificação primária. Talvez fosse mais prudente dizer 'identificação com os pais', visto que, antes do conhecimento certo da diferença dos sexos e da falta de pênis, ao pai e à mãe não é atribuído valor diferente (id., op. cit., 1923b, p. 259).

Laplanche faz uma crítica a esta passagem de Freud, dizendo ser inconciliável com outras e apresentando contradições. Freud inicialmente aponta como identificação primária a identificação com o pai, mais precisamente o pai da pré-história pessoal, e em seguida diz que a identificação primária se dá com os pais. Este trecho se refere ao período anterior ao Édipo, quando ainda não há uma diferença dos sexos, embora haja uma pregnância do pênis. Só quando nos aproximamos do complexo de Édipo é que chegamos à história do sujeito.

Anteriormente, ao descrevermos o processo do complexo de castração, vemos o quanto a relação da criança com seus pais é matizada pelos mais diferentes afetos, de amor e de ódio. Por uma dedução lógica, concluímos que não haveria possibilidade da

criança se identificar com o seu rival, já que a identificação provém da transformação de um vínculo objetal. Só que o rival não é simplesmente um rival ou obstáculo; como há também vínculo de amor, há identificação.

A bissexualidade constitucional do sujeito é decisiva no processo identificatório. O complexo de Édipo positivo simples - a criança investe sexualmente o objeto de sexo oposto e se identifica com o do mesmo sexo - não é regra na história do ser humano. Na realidade, o complexo de Édipo é mais completo, positivo e negativo (resultado da bissexualidade). A criança, ao mesmo tempo, assume uma atitude afetuosa para com o genitor do mesmo sexo e de ódio para com o de sexo oposto; resultam daí ambivalência e identificação para com ambos os pais. Assim, o Édipo é, ao mesmo tempo, positivo e negativo.

Um estudo mais aprofundado geralmente revela o complexo de Édipo mais completo, o qual é dúplice, positivo e negativo, e devido à bissexualidade originalmente presente na criança. Isto equivale a dizer que um menino não tem simplesmente uma atitude ambivalente para com o pai e uma escolha objetal afetuosa pela mãe, mas que, ao mesmo tempo, também se comporta como uma menina e apresenta uma atitude afetuosa feminina para com o pai e um ciúme e uma hostilidade correspondentes em relação à mãe. É este elemento complicador introduzido pela bissexualidade que torna tão difícil obter uma visão clara dos fatos em vinculação com as primitivas escolhas de objeto e identificações... (ibid., p. 47-48).

O Édipo possui ao mesmo tempo tendências positivas e negativas, totalizando quatro vetores: positivo e negativo em relação à mãe; e positivo e negativo em relação ao pai. Em cada sujeito, estas tendências se agrupam diferentemente, de acordo com as identificações. Mas, o que é importante para a identificação, o que a possibilita, é a tendência positiva, ou seja, o amor. Só se introjeta aquilo que se ama (mesmo que também haja ódio) e, da mesma maneira, se projeta o que se odeia (mesmo que também haja amor). Estas identificações produzem modificações no ego, as quais dão origem ao surgimento do ideal do ego e ao do superego.

As instâncias identificatórias

O complexo de castração possibilita o rompimento de um narcisismo primário. No entanto, este narcisismo onipotente encontra o seu refúgio na “instância ideal”, onde se desloca e se perpetua.

A partir deste processo, pode-se pensar a personalidade dividida em instâncias identificatórias: ego ideal, ideal do ego e superego. Freud, em seus textos, não faz uma clara diferença entre estes termos. Aqui procuraremos especificar cada um deles.

O *ego ideal* surge do logro da onipotência infantil e se perpetua numa forma idealizada de ego, ainda onipotente. A esta instância se relacionam os sentimentos de inferioridade.

Contrariamente, o *ideal do ego* apresenta-se diante do ego como sendo seu ideal, algo a ser atingido; neste sentido, é uma instância menos ilusória que a anterior. A ela se ligam os problemas da lei e da ética e se relacionam os sentimentos de culpabilidade ou de insuficiência moral.

O que incitou o indivíduo a formar o ideal do ego, cuja guarda é confiada à consciência moral, era justamente a influência crítica dos pais, tal como ela se transmite pela voz deles (LAPLANCHE, op. cit., 1987, p. 292).

A terceira instância, o *superego*, funciona como uma “instância de censura”, uma “consciência moral”. Ela age como um observador no interior do sujeito e, através de uma tonalidade crítica, mede os desempenhos efetivos do sujeito pelo ideal. Esta instância funciona também como a voz da consciência, ou seja, a voz dos pais. As origens do superego são auditivas, daí este situar-se do lado da fala e da lei formulada. Neste sentido, Freud chamou-o de *o herdeiro do complexo de Édipo*.

Freud, na conferência XXII (1916-1917 [1915-1917]) assinala que, na base do processo de formação do superego, está a identificação, em que um ego procura se

assemelhar a outro, imitando-o e assimilando-o dentro de si. A criança constrói seu superego não de acordo com o modelo de seus pais, mas sim de acordo com o superego de seus pais.

O superego é uma instância crítica que só herdou a rigidez e a severidade e as exerce através de sua função proibidora e punitiva. Esta instância não assimilou os cuidados e a afetividade que possivelmente os pais dedicam à criança, daí suas características ocorrerem independentemente da forma com que esta é educada.

O superego, embora tenha sua origem numa diferenciação do ego, tem com a consciência uma relação menos estreita do que o ideal do ego, e deve-se situar em grande parte do lado do inconsciente. Assim, não há relação entre o superego e a realidade, estando este do lado da moralidade e do interdito inconscientes.

Laplanche divide as instâncias em dois sistemas: de um lado, ego ideal e de outro, ideal do ego e superego. No sistema do ego ideal, o que prevalece é o narcisismo; dá-se aí uma tensão entre o ego e uma imagem narcisicamente hipertrofiada dele próprio; neste sistema têm lugar os sentimentos de inferioridade, em que o sujeito sofre por não corresponder à sua própria expectativa. Aqui a identificação se dá com a onipotência. Este sistema está no registro pré-edipiano.

Já o sistema superego/ideal do ego reproduz uma relação interpessoal, ou seja, a relação de autoridade dos pais com a criança. O superego dá origem aos sentimentos de culpabilidade e o sofrimento resulta de não estar em conformidade com o ideal do ego, já que a expectativa dos outros passou a ser sua própria expectativa, ou seja, uma expectativa interiorizada. Desta forma, o superego se relaciona com a autoridade e o ideal do ego com a maneira como o sujeito deve se comportar para corresponder às expectativas desta autoridade. Na realidade, a criança não introjeta o outro, mas o modelo de relação que possui com este.

No ego ideal, o que existe é uma relação dual - a criança impotente se relaciona com o adulto onipotente. Contrariamente, no sistema ideal do ego/superego, a relação é triangular e o sujeito se vê frente a duas instâncias que estão numa relação complementar - de um lado um modelo, de outro, a Lei.

Em Freud, não existe esta noção de complementaridade, mas sim de contradição. O superego é abrangente e o ideal do ego se restringe a ser uma função dele. Ao mesmo tempo em que o superego diz ao ego "para ser como o pai", diz também o inverso, "para não ser como pai", e aqui as duas séries são imperativas, sendo a primeira a das injunções e a segunda a das proibições. Estes imperativos, positivo e negativo, incidem sobre uma mesma proposição. Isto possibilita ao menino, por exemplo, seguir o modelo do pai, sem com isto querer tomar o seu lugar; em suma, não pode possuir a mãe mas se torna livre para possuir as outras mulheres.

Esta qualidade de contradição do superego, onde as proposições mais contraditórias se justapõem, conduz o sujeito a se sentir sempre culpado. Este aspecto - a contradição - é um aspecto de processo primário. Freud aponta para esta questão, do superego mergulhar até o fundo da vida pulsional.

Tanto os elementos externos (forma como os pais da criança se relacionam com ela e a educam) como internos (a sua própria agressividade voltada para o superego, ou seja, os fatores constitucionais inatos, como dizia Freud), "... concorrem para essa formação e para o nascimento da consciência moral" (FREUD, 1930, p. 87-88). Assim, há elementos complementares que concorrem para a formação do superego: a violência das pulsões e a força dos interditos.

Um poder dessa espécie, que vigia, que descobre e que critica todas as nossas intenções, existe realmente. Na realidade, existe em cada um de nós, em nossa vida normal (FREUD, op. cit., 1914, p. 113).

A renúncia surge como consequência de um retorno secundário da agressividade, resultado de um interdito externo. O ponto central deste interdito é a castração. No menino, a ameaça de castração tem efeito imediato, pois provoca o recalque do Édipo e permite a interiorização da instância paterna. Na menina, as coisas se dão de maneira diferente. Para Freud, a instância do superego é pouco desenvolvida na mulher (isto é atualmente bastante criticado e têm-se como base as evidências clínicas; poderíamos também substituir o termo mulher por aspectos femininos). Na menina, a perda de amor é o equivalente à perda do pênis para o menino. Mas a perda de amor é um processo muito primitivo, pré-ediapiano por excelência e presente em ambos os sexos. Isto levaria a conceber um superego pré-ediapiano, ou seja, ainda não marcado pelo complexo de castração. Para que este processo exista, porém, é necessária uma dialética, uma clivagem de objeto, dentro de uma relação ambivalente de amor e ódio. Desta forma, a perda de objeto não é uma mera lacuna, pois faz surgir por trás da perda do objeto bom, um objeto mau.

Aqui, portanto, está em ação uma influência estranha, que decide o que deve ser chamado de bom ou mau. De uma vez que os próprios sentimentos de uma pessoa não a conduziram ao longo desse caminho, ela deve ter um motivo para submeter-se a essa influência estranha. Esse motivo é facilmente descoberto no desamparo e na dependência dela em relação à outras pessoas, e pode ser mais bem designado como medo da perda de amor. Se ela perde o amor de outra pessoa de quem é dependente, deixa também de ser protegida de uma série de perigos. Acima de tudo, fica exposta ao perigo de que essa pessoa mais forte mostre a sua superioridade sob forma de punição (id., op. cit., 1930, p. 147).

Daí que perder o seu protetor - geralmente a mãe - é perder a proteção contra os perigos. Mas, esta questão torna-se mais complexa quando se descobre que o principal perigo contra o qual a mãe protege é a própria mãe - e isto se dá porque o objeto é clivado e a relação é ambivalente.

Quando Freud elaborou a segunda tópica (1920), na qual o dualismo pulsional passou a ser representado pela pulsão de vida/pulsão de morte, os estudos sobre a origem do superego ganharam novas perspectivas. Neste momento, o que está em causa é a agressividade como formadora do sentimento de culpabilidade.

Atualmente a psicanálise trabalha com dois aspectos diferentes do superego: um superego pré-genital ou pré-edipiano, pulsional e possuidor da característica de uma ferocidade impiedosa; como também um superego edipiano, o qual, sendo relativamente ordenador, poderia possibilitar no sujeito a separação necessária dos sexos e das gerações (o que é a função edipiana do superego), promovendo uma "regulamentação" das relações. Sua função é permitir ao sujeito uma escolha da posição sexual vinculada à castração.

Mas, na prática analítica, o que se observa é uma situação híbrida onde por trás da angústia e da culpabilidade, está uma energia pulsional desencadeada, não ligada e que, provinda do interior do sujeito, o atinge.

Freud também aponta para uma relação entre o ideal do ego e o ideal sexual:

O ideal sexual pode fazer parte de uma interessante relação auxiliar com o ideal do ego. Ele pode ser empregado para satisfação substitutiva onde a satisfação narcisista encontra reais entraves (ibid., op. cit., 1914, p. 118).

Então, se o sujeito investe a sua sexualidade narcisicamente, como uma forma de satisfação substitutiva, já que o "ideal" é o impossível, a AIDS seria mais um entrave a esta tentativa de satisfação.

Também poderíamos supor que um superego forte e bem estruturado resultaria na aceitação da AIDS como injúria narcísica, e permitiria ao sujeito lidar com as dificuldades inerentes a tal doença, de modo a procurar evitar o contágio através dos métodos atuais. Em contrapartida, um superego fraco ou mal desenvolvido poderia, de acordo com esta linha de pensamento, negar a realidade vigente.

Auto-estima

A auto-estima é resultante de uma comparação entre o ego real e o ideal. Quanto mais o ego real se aproxima do ideal, mais ela é aumentada, por tudo o que uma pessoa produz ou realiza, assim como por todo o remanescente primitivo de onipotência, que tinha sido confirmado pela experiência. A auto-estima depende da libido narcisista e expressa o tamanho do ego.

Como já tivemos ocasião de assinalar, a finalidade e satisfação em uma escolha objetual narcisista consiste em ser amado (ibid., p. 115).

A auto-estima se relaciona com o elemento narcisista do amor; daí ela tender a diminuir, seja por razões físicas ou mentais.

A AIDS provoca uma queda na auto-estima, pois leva a um distanciamento entre o ego real e o ideal e, em tempo variável, conduz o sujeito à degradação física. Além disto, como vimos no segundo capítulo deste trabalho, a AIDS se relaciona a uma série de metáforas depreciativas.

Na citação anterior, está a importância de ser amado. O sujeito contaminado pelo vírus vê comprometida esta possibilidade, principalmente no que se refere ao amor sexual genital, já que as relações sexuais podem conduzir ao contágio.

Esta baixa na auto-estima produz os sentimentos de inferioridade.

A principal fonte desses sentimentos é, contudo, o empobrecimento do ego, por causa das enormes catexias libidínicas dele retiradas - por causa, vale dizer, do dano sofrido pelo ego em função de tendências sexuais que já não estão sujeitas a controle (ibid., p. 116).

AIDS e castração

Qualquer possibilidade de dano à integridade corporal pode tomar o

significado de uma castração, ou melhor, de uma ameaça de castração, integrando-se a um circuito de representações que servem de suporte à angústia de castração. Daí se conjecturar sobre a angústia que causa no sujeito a possibilidade de contaminação com um vírus de caráter tão destruidor como o HIV.

Também podemos comparar o sentimento vivido no Édipo - quando o infans abre mão de uma relação incestuosa com a mãe em face das ameaças de castração proferidas pelo pai - com a injúria narcísica provocada pela AIDS, em que mais uma vez o sujeito abre mão de uma satisfação libidinal imediata, a fim de preservar seu corpo.

AIDS e perdas

Os perigos experimentados pelo sujeito diante de uma suposta ameaça de contágio pelo vírus não se referem à morte real, já que esta não tem representação no inconsciente.

Por isso a escola psicanalítica pôde aventurar-se a explicar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (ibid., op. cit., 1915d, p. 327).

Entretanto,

... essa exigência de imortalidade, por ser tão obviamente um produto dos nossos desejos, não pode reivindicar seu direito à realidade; o que é penoso pode, não obstante, ser verdadeiro (ibid., 1916a, p. 345).

Desta forma, Freud considera o medo da morte análogo ao medo da castração. À morte e à castração também se relacionam as possibilidades de perder e de enlutar.

O luto, por mais doloroso que possa ser, sempre chega a um fim espontâneo.

Mas,

... é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já que lhes acena (ibid., 1917a, p. 276-277).

No entanto, quando se renuncia ao que foi perdido, a libido fica mais uma vez livre, podendo investir novos objetos.

Numa referência às perdas provocadas pela guerra, Freud, nos aponta a importância de saber perder, e de, sobre a perda, poder reconstruir, sob novas condições.

Quando o luto tiver terminado, verificar-se-á que o alto conceito em que tínhamos as riquezas da civilização nada perdeu com a descoberta de sua fragilidade. Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura do que antes (ibid., op. cit., 1916a, p. 348).

Aqui podemos fazer um paralelo entre as perdas provocadas pela guerra e a perda da imagem narcisicamente investida, provocada pela AIDS. Acreditamos que esta perda pode se dar de forma a referir o sujeito mais uma vez à castração enquanto Lei. Aí ele pode perceber sua fragilidade diante da antiga ilusão de onipotência. O reconhecer a fragilidade pode significar uma reconstrução após a destruição e, como diz o mestre, em terreno mais firme, de forma mais duradoura.

3.3 A angústia

Definição de angústia*

A angústia pode ser definida como

... a maneira subjetiva de aprender uma certa modalidade do ataque interno do indivíduo por sua própria pulsão (LAPLANCHE, op. cit., 1988, p. 152).

A angústia é ponto central dentro da teoria freudiana, na qual, em uma dinâmica pulsional, Freud dá mais atribuições ao desprazer do que ao prazer.

De acordo com a definição genérica de angústia, ela consiste em um medo sem objeto. No entanto, Laplanche afirma que a angústia, aparentemente, não tem objeto, mas por trás de toda angústia há um objeto escondido. Neste processo, o que ocorre é uma série de deslocamentos (falsas conexões), com isolamento ou liberação do afeto. A psicanálise procura restabelecer vias associativas e desfazer as falsas conexões, a fim de reencontrar a castração por trás de seus disfarces, substitutos ou equivalentes.

O aparelho psíquico (pontos de vista tópico, econômico e dinâmico)

A fim de podermos entender melhor este processo, faz-se necessária uma breve apresentação do aparelho psíquico e de seu funcionamento.

O aparelho psíquico decorre de três pontos de vista: tópico, dinâmico e econômico. O primeiro atualmente é também chamado de estrutural (Laplanche): refere-se a diferentes lugares psíquicos e a sua interação, como por exemplo, inconsciente/pré-consciente/consciente ou id/ego/superego. Neste sentido, o psiquismo se constitui de partes

* Embora nas citações dos textos de Freud o termo utilizado seja "ansiedade", o qual provém da tradução inglesa, aqui, optamos pelo termo "angústia", mais fiel à palavra alemã: *angst*.

que atuam umas sobre as outras. O ponto de vista dinâmico leva em conta a teoria do conflito, ou seja, seus aspectos só se distinguem por abstração. Este ponto de vista só se concebe quando relacionado ao ponto de vista tópico. O ponto de vista econômico considera a quantidade de energia (afeto), que pode aumentar ou diminuir, deslocar-se ou ser descarregada.

Cada um dos pontos da metapsicologia sempre remete e só se sustenta em relação aos outros dois.

Afeto e representação

Freud diferencia dois elementos nos fenômenos psíquicos: afeto (reação emocional ou sentimental) e representação (conteúdo ideativo). Estes dois elementos podem se deslocar independentemente um do outro. Além disso, um afeto pode:

- reproduzir-se sem representação (o trabalho da psicanálise está em reencontrar a representação ausente);
- estar ligado a uma certa representação que não o justifique (falsa conexão).

... o que acontece à idéia, que tem de ser reprimida, daquilo que acontece à quota de libido vinculada a ela. É a idéia que é submetida à repressão, e que pode ser deformada, a ponto de ficar irreconhecível; sua quota de afeto, porém, é regularmente transformada em ansiedade - e isto é assim, qualquer que possa ser a natureza do afeto, seja ele de agressividade ou de amor (FREUD, op. cit., 1933b, p. 105).

Para Freud, o afeto está muito próximo do somático (resultado de descargas motoras que produzem prazer ou desprazer), mas ao mesmo tempo ele possui um aspecto histórico, o que explica as diferentes formas que assume.

O trabalho analítico é procurar, reconstruindo cadeias de representações, um fio condutor que permita reencontrar a primeira representação. Todas as representações da

cadeia associativa, da primeira à última, estão de alguma forma associadas e relacionadas ao sintoma.

Energia livre e energia ligada

Estes termos pertencem ao ponto de vista econômico e dizem respeito aos processos primário e secundário, respectivamente.

A energia é livre ou móvel quando escoar para a descarga de forma mais rápida e direta possível. A energia é ligada quando há um deslocamento de pequenas quantidades de energia, de forma gradual. Este segundo tipo de energia corresponde ao processo do pensamento. O estado livre precede o ligado, uma vez que este caracteriza um estado mais elevado de estruturação do aparelho psíquico.

A angústia é energia livre, e como tal pode se utilizar de qualquer evento (representação) para transformar-se em acesso de angústia. Ela é quantitativamente mensurável. Esta angústia livremente flutuante pode se fixar tanto em sintomas somáticos (respiratórios, cardíacos, glandulares etc.), como em representações (fobias).

Na etiologia da angústia, estaria um acúmulo de excitação somática; no entanto, este não poderia ser explicado simplesmente pela ausência de descarga ou de orgasmo. O que torna a angústia patogênica é a ausência de 'simbolização' da excitação somática, ou seja, a ausência de uma libido psíquica ou de uma elaboração psíquica da excitação.

A impressão que se tem de todos esses fatos é dupla: primeiro, o que está em questão é um acúmulo de libido, impedida de ser normalmente utilizada e, em segundo lugar, que, nesse ponto, nos situamos inteiramente na esfera dos processos somáticos. Não é possível, a princípio, discernir como a ansiedade surge da libido; apenas podemos reconhecer que a libido está ausente e que a ansiedade está em seu lugar (id., 1916e, p. 469-470).

Daí apontamos para a importância do sujeito em encontrar novas significações para a angústia provocada pela ameaça do vírus, a fim de que esta não “transborde”, prejudicando os cuidados preventivos ou inibindo a descarga de uma pulsão sexual. Acreditamos que atualmente vem-se discutindo abertamente temas de sexualidade e de seus novos rumos a fim de lidar com esta angústia, para uma vivência sexual satisfatória e responsável (no sentido de uma vivência quase livre de riscos).

O aparelho psíquico na 1ª e 2ª tópicos

Continuemos nossa exposição e voltemos ao aparelho psíquico. Freud, ao longo da construção de sua teoria, fez diversas mudanças. Quando, em 1920, postulou a pulsão de morte, esta se constituiu numa das maiores reformulações da teoria, o que deu origem à primeira e segunda tópicos freudianas. Assim, apresentaremos o aparelho psíquico e a teoria da angústia nestas duas versões. Devemos ressaltar que a segunda tópica não põe fim à primeira; se, em alguns pontos, a teoria é realmente refeita, em outras admite uma certa complementaridade.

Na primeira tópica, o aparelho psíquico é dividido em três instâncias: Inconsciente, Pré-consciente e Consciente. Estas instâncias constituem-se em domínios nitidamente delimitados, em que a censura possui grande importância, filtrando a passagem de uma instância a outra. Estes domínios são claramente distintos e fundados pelo ato do recalçamento. As instâncias possuem modos diferentes de funcionamento psíquico.

Na segunda tópica, a distinção se faz entre id, ego e superego. Neste momento, o pensamento de Freud centra-se na elaboração das noções de identificação e de interiorização de conflitos externos. As identificações seriam “precipitados” de experiências. Neste segundo sistema, há a noção de continuidade. Por exemplo, o id seria a instância primeira, a partir da qual, por diferenciação, o ego teria origem. O id é uma

instância totalmente inconsciente; ego e superego têm, ambos, uma parte consciente e outra inconsciente.

O lugar da angústia no aparelho psíquico da 1ª e 2ª tópicas

Freud construiu, ao longo de sua obra, duas teorias da angústia, referentes à primeira e segunda tópicas. Veremos assim como é tratada a angústia em **A interpretação dos sonhos** (1900 - 1ª tópica), em **Além do princípio de prazer** (1920) e em **Inibições, sintomas e ansiedade** (1926 - 2ª tópica).

A primeira teoria da angústia foi elaborada entre 1895-1900 e é uma teoria econômica ou mecânica (aqui no sentido da transformação de libido em angústia). Aqui a angústia é considerada energia sexual não elaborada, desligada de suas representações. A angústia provém do recalque da pulsão, e o afeto se transforma em angústia.

... a modificação da libido insatisfeita em ansiedade é, conforme vimos, um dos fenômenos mais bem conhecidos e mais frequentemente observados (ibid., op. cit. 1916f, p. 481).

A fim de descrever o sistema psíquico, este é representado com um tanque que funciona como um continente e que possui um limite. Existem passagens e barreiras que limitam a circulação de energia de um sistema a outro. O sistema não tem nível próprio, é inerte e quase mecânico ou físico. A energia que entra neste sistema é extrínseca a ele, e o objetivo do sistema seria o de reduzir-se ao nível energético, nível zero. Aqui a barreira não tem importância por si mesma, ela é apenas a passagem de um meio para outro. Este modelo é descrito através de metáforas organicistas. Mas, também poder-se-ia utilizar o modelo linguístico, onde a passagem se faria de um sistema linguístico para outro, como uma tradução.

Nesta teoria, a pulsão geraria angústia diante do perigo de castração.

A segunda teoria da angústia surge a partir de 1920, com a segunda tópica, e é apresentada em **Inibições, sintomas e ansiedade** (1924). Esta é uma teoria bem mais complexa que a primeira. Aqui a angústia é entendida na perspectiva da reação ou da preparação para o perigo. O ego ganha importância; não é apenas lugar mas também causa de angústia, podendo repeti-la como sinal.

... o ego é a única sede da ansiedade - de que apenas o ego pode produzir e sentir ansiedade (ibid., op. cit. 1933b., p. 107).

Esta é uma teoria funcional, na medida em que Freud procura descobrir uma função para a angústia, que em alguns momentos pode até ser de certa utilidade. Aqui também há uma perspectiva histórica, pois seja a angústia sinal ou símbolo, ela sempre se relaciona com outras experiências angustiantes, as quais ela repete, e ao mesmo tempo previne contra o seu retorno (o sinal). Ao mesmo tempo que é uma teoria mais simbólica, é também mais objetiva, pois leva em conta a noção de perigo externo, objetivo.

Aqui, o nascimento seria entendido como o primeiro modelo, a primeira ocasião para o surgimento da angústia. Neste momento, a criança ainda não pode perceber a sua separação da mãe. O que ocorre, para Freud, é uma auto-intoxicação, resultado do alimento e oxigênio como fontes diretas, produzindo o fenômeno do êxtase energético, de transbordamento, um ataque interno que será reeditado em todas as angústias posteriores.

A angústia não é mais apenas uma pura e simples transformação da libido; trata-se agora de um medo que substitui outro medo. Volta a ter lugar o que Freud chamava de "falsa conexão", ou seja, o fato de um afeto estar falsamente ligado a um elemento, para o qual deslizou, provindo de um elemento anterior. Só por um processo associativo poderia se alcançar o primeiro e verdadeiro elemento.

Neste momento, Freud abandona a idéia de que o recalque transforma a

libido em angústia, e coloca esta ao lado do recalque, na origem da defesa, o que deve motivar a instância recalcante. É a angústia que gera o recalque*.

Não era a repressão que criava ansiedade; a ansiedade já existia antes; era a ansiedade que causava a repressão (ibid., p. 108).

O ego passa a ser o lugar da angústia, ou seja, a angústia é percebida ao nível do ego. Este, atuando no processo defensivo, é o produtor (e reproduzidor) da angústia. Com isto, esta deixa de ser automática, espontânea, e passa a assumir um caráter rememorativo. O ego a utiliza como sinal, a fim de permitir deflagrar seu processo defensivo.

A repressão, como dissemos, provém do ego; poderíamos dizer com maior exatidão que provém do amor-próprio do ego (ibid., op. cit., 1914, p. 110).

A origem da angústia é buscada na realidade, coincidindo com a origem do sujeito. A angústia original seria uma reação a um perigo real, e portanto, adaptativa. Mas no início, o bebê não tem ego para produzir angústia, como também ainda não há realidade externa percebida como tal. A vivência do bebê seria a de um transbordamento pela energia interna, e a partir daí, a angústia passa a ser reproduzida em outras circunstâncias.

Da mesma forma que o primeiro modelo, este também pode ser chamado de tópico-econômico, com o sistema psíquico sendo representado por um tanque. No entanto, podemos observar consideráveis diferenças de um modelo para outro. Aqui a distinção entre externo e interno é de suma importância, pois não se fala apenas (como na 1ª tópica)

* Nas Edições Standard Brasileira não é feita a distinção entre recalque e repressão, aqui a faremos a fim de tornar mais precisa nossa exposição. O recalque é uma operação que mantém certas representações no inconsciente, de forma que, não venham à tona. Ele está na origem da constituição do inconsciente e é o protótipo para outras operações defensivas. A repressão já é um processo secundário, ou seja, referente a uma segunda censura, uma operação psíquica que faz desaparecer da consciência um conteúdo desagradável. Este processo ocorre a nível de pré-consciente.

de diferença de nível energético, mas sim no fato de cada sistema possuir um nível energético próprio e definido. As barreiras se constituem por oposições de forças e são consideradas econômico-dinâmicas. Freud se utiliza de metáforas de guerra e luta física, o que podemos chamar de “antropomorfismo” freudiano.

Neste sistema, a substância viva procura o seu equilíbrio energético. Formula-se, assim, o princípio de constância, o qual se pode desdobrar em dois princípios: o do zero (ou Nirvana) e o de constância propriamente dito. De acordo com estes princípios, haveria uma baixa de energia interna do sistema, a fim de aproximá-lo do zero ou da constância. Como vimos anteriormente, o princípio do zero pertence à primeira tópica, enquanto à segunda pertence o princípio de constância propriamente dito, que é de ordem biológica. Este é menos rigoroso que o primeiro e entende que uma perda excessiva de energia afasta da constância; em certos momentos, um fornecimento de energia pode até restaurar essa constância, para reencontrar seu nível energético de base.

Se, como vimos acima, na primeira teoria a pulsão gera angústia diante do perigo da castração, na segunda, a angústia só está secundariamente ligada à pulsão (já que a pulsão não é em si mesma um perigo). A angústia, neste segundo momento, está ligada ao perigo real, o da castração.

Neste pequeno trecho, Freud aponta, resumidamente, as principais funções do aparelho psíquico:

Descobrimos que uma das mais antigas e importantes funções do aparelho mental é sujeitar os impulsos instintuais que com ele chocam, substituir o processo primário que neles predomina pelo processo secundário, e converter sua energia catéxica livremente móvel numa catexia principalmente quiescente (tônica) (ibid., op. cit., 1920, p. 83).

A angústia, em 1917

Entre esses dois modelos acima, está a conferência XXV: **A ansiedade**

(1917), que nos apresenta uma das mais completas visões de Freud sobre a angústia. Embora esteja situada temporalmente entre a primeira e a segunda teorias, não se constitui em uma teoria intermediária. Aqui a angústia ainda recebe o enfoque econômico, mas este trabalho já inclui as noções de perigo e de ego pertencentes à segunda teoria.

Neste texto, procura o autor diferenciar angústia real de angústia neurótica e afirma que este fenômeno não se reserva apenas às pessoas neuróticas. O que Freud chama de "real" não é um adjetivo, mas um substantivo. A angústia é real enquanto fenômeno psíquico. Da mesma forma, não é o real que está em questão, mas a realidade. O que distingue as duas angústias é que uma se dá frente a um perigo real, um fenômeno efetivo de uma realidade exterior e outra se refere a um perigo fantasístico ou interno.

A ansiedade realística atrai nossa atenção como algo muito racional e inteligível. Podemos dizer que ela é uma reação à percepção de um perigo externo - isto é, de um dano que é esperado e previsto. Está relacionada ao reflexo de fuga e pode ser visualizada como manifestação do instinto de autopreservação (ibid., op. cit., 1916e, p. 459).

A angústia real é racional e prepara o sujeito para enfrentar o perigo, alertando-o com um sinal de angústia (*Angstbereitschaft*). Mas, se ela for demasiada, perde-se este objetivo e se dá o acesso de angústia, o qual é irracional e conduz ao descontrole (*Angstentwicklung*).

Quando a angústia se desenvolve em pânico, mesmo que com uma causa real, possui aspecto patológico e deve-se procurar no inconsciente o que fez eco a este pânico e o motivou.

Poder-se-iam utilizar os termos medo e angústia para distinguir a angústia-sinal da angústia-acesso. Freud faz esta distinção da seguinte forma: a angústia (*angst*) refere-se ao estado e se abstrai do objeto e, no medo (*furcht*), a atenção se concentra no objeto.

Apenas direi que julgo *Angst* referir-se ao estado e não considera o objeto (...). Portanto, poderíamos dizer que uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade (ibid., p. 461).

No susto (*schreck*), o sujeito não se encontra preparado para o perigo por um sinal prévio de angústia. Em Freud, a noção de susto se liga à de trauma.

Mas para a psicanálise, angústia e medo, no final das contas, não são campos assim tão estanques. O medo possui uma certa ambigüidade e ganha um novo colorido na sua relação com a angústia. Todo o medo, mesmo que aparentemente motivado, possui um fundo de angústia; da mesma forma, toda angústia tende a se revestir com a máscara do medo.

Se pensarmos nas conseqüências que a AIDS pode trazer ao aparelho psíquico, do ponto de vista do tema da angústia, devemos levar em conta a “diferenciação” (que como vimos não é tão nítida ou estanque assim) entre angústia e medo. Poderíamos nos questionar sobre a ameaça provocada pelo HIV, o quanto tem de realidade externa e o quanto aponta para uma angústia fantasística do sujeito, referente a sua história individual.

Como vimos anteriormente, sempre há uma mescla destes dois fatores, mas não podemos deixar de perceber que quanto mais a angústia se distancia de uma realidade externa, mais o sujeito fica vulnerável.

Desta forma, a AIDS, dependendo da estrutura do sujeito, pode provocar sentimentos e respostas diferentes à nova realidade que se impõe. Se a angústia é mais real e racional (surge como sinal de angústia) e está vinculada a uma realidade externa, ela prepara o sujeito para enfrentar o perigo. Se, pelo contrário, ela se dá de forma irracional e demasiada (como acesso de angústia), muito mais próxima de conteúdos inconscientes do que de uma realidade externa, ela conduz ao descontrole e o sujeito fica muito pouco apto para lidar com esta ameaça.

Sabemos que a angústia é constituinte do sujeito, ou seja, ela está sempre

presente. No entanto, a forma de lidar com ela é de suma importância para que o sujeito possa se relacionar o melhor possível com a realidade vigente.

Se, como vimos na 2ª tópica, a angústia é o que torna possível a castração, ela é fundamental neste processo. No caso de nosso estudo sobre a AIDS, a angústia é fundamental para que a AIDS possa ser vivida nos parâmetros de Lei que a castração oferece.

A metapsicologia da angústia

Outra questão a analisar seria o status metapsicológico da angústia, ou seja, de onde ela provém? Faz ela parte do id, ou pertence a camadas superiores, mais superficiais, as do superego ou do ego? Ou ainda, a angústia de castração se liga ao mais íntimo das pulsões, dos desejos ou, pelo contrário, é um modo de defesa contra as pulsões e desejos, ou também um modo de organização secundária destes?

Para Laplanche, fica claro que o ego é o verdadeiro lugar da angústia, mas este não concorda com Freud no ego ser o produtor da angústia, como também discorda da existência de duas angústias, uma do id e outra do ego. De acordo com Laplanche, toda a angústia provém do id e se produz no ego.

Uma resposta a esta questão também seria pensar a angústia como sendo do ego enquanto lugar e do id enquanto energia. Tanto o id como o superego podem provocar a angústia, mas sendo ela um estado de afeto, só pode ser experienciada pelo ego. O ego é o lugar onde se produz a angústia e o seu portador. O id não pode ter angústia, pois não é uma organização e não pode julgar situações de perigo. No entanto, é freqüente que ocorram no id processos que ocasionem um desenvolvimento de angústia no ego. Assim, os recalques são motivados pela angústia do ego frente a determinados processos do id.

A angústia e o recalque

A angústia está intimamente ligada ao recalque, pois é somente pelo fato das representações perigosas estarem recalçadas que elas suscitam angústia.

O que é recalçado é a pulsão, o desejo sexual. A pulsão é um conceito-limite que só pode ser apreendido se refratado para um nível psíquico. Ela é alcançada somente através de representantes psíquicos: o representante-representação (fantasias, cenas, recordações, e imagens, que são vinculadas ao desejo e constituem seu conteúdo ideativo) e o representante-afeto (amor, ódio, aversão etc.), os quais são ambos energia.

No processo do recalque, a representação passaria para o inconsciente e seria como um hieróglifo que continuaria existindo sem ser decifrado. Já o afeto não seria verdadeiramente recalçado, visto que não se dá um deslocamento tópico de um sistema para outro. Para este, seria mais adequado utilizar o termo repressão, que para Freud é mais exterior e implica menos uma distinção tópica. Dentro de um ponto de vista econômico, o processo do recalque reduziria o afeto a seu aspecto energético menos especificado, de energia pura.

São as representações que conferem qualidades aos afetos a elas vinculados. O recalque tem o efeito de desligar a representação do afeto, ficando este último reduzido a um afeto puro. Quando as representações, já independentes do afeto, deslocam-se para conexões completamente diferentes, podem até ficar isoladas, sem qualquer contexto afetivo.

Este afeto desconectado de representação circula como moeda, e se transforma em angústia, dando origem a uma irrupção de angústia não especificada.

Portanto, a ansiedade constitui moeda corrente universal pela qual é ou pode ser trocado qualquer impulso, se o conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito a repressão (ibid., p. 470).

As associações se dão por semelhança ou por contigüidade, ou seja, por metáfora ou por metonímia. Isto se dá segundo duas espécies de vias: associação de coisas ou de palavras (através de pontes verbais). Em certas vias, ocorre ambivalência, e isto se dá geralmente entre os afetos, onde é possível a coexistência de dois afetos contrários ou contraditórios numa mesma expressão. Mas o ponto de apoio desta ambivalência refere-se a certas representações (de coisas ou de palavras), onde certas palavras da linguagem corrente são intrinsecamente ambivalentes.

O trabalho de perlaboração se efetua ao nível das representações. As associações são mantidas quando remetem a cenas carregadas de afeto. É necessário um suporte energético para manter a associação, e tudo isto geralmente se inicia por um desejo.

O afeto circula ao longo de cadeias associativas, a fim de encontrar o(s) seu(s) melhor(es) ponto(s) de ancoragem. A angústia não tem origem necessariamente em uma angústia; os afetos sofrem deslocamentos e modificações qualitativas. Para Freud, o afeto de angústia é a transformação de um desejo, a transformação da libido.

O recalque é primário quando transforma libido em angústia e é secundário quando recalca um conteúdo já carregado de angústia.

Vimos que um afeto desconectado da representação circula como moeda e se transforma em um acesso de angústia. A AIDS pode dar origem a um acesso de angústia se o afeto se desvincula da representação, o que resulta em uma incapacidade de lidar com esta situação.

Isto se torna provável ou possível na medida em que a angústia provocada pela AIDS pode tocar em cenas anteriores carregadas de afeto que foram submetidas ao recalque ou repressão e com as quais o sujeito não está preparado para lidar.

É importante que o afeto se referencie a uma representação, ou seja, que esteja vinculado, para que não transborde sobre o sujeito de forma a deixar este

desamparado frente à realidade.

Dois sistemas: recalçado e recalcante

Freud distingue dois sistemas: o recalçado (inconsciente) e o recalcante (pré-consciente-consciente, e, posteriormente o ego da segunda tópica).

O que é sempre recalçado é a representação inconsciente, pois o afeto sempre reaparece de maneira circunscrita e localizada.

A força motriz do recalque está na angústia e, em primeira instância, na angústia de castração. O recalque provém do complexo de castração.

A angústia e a castração

Freud (1926) trabalha o tema da angústia de castração acreditando que os fenômenos biológicos do nascimento constituem o protótipo da angústia. Para ele também têm grande importância as experiências de angústia infantil, como a da separação (angústia do escuro, noturna). Esta pode ser entendida como:

... abandono do sujeito sem defesa ao seu próprio ataque pulsional: a criança abandonada, sem o recurso materno, ao ataque de suas próprias pulsões (LAPLANCHE, op. cit., 1988, p. 162).

O que é central na castração é, de um lado, o afeto, a angústia, mais precisamente a angústia de separação, e de outro, no nível da organização estrutural, uma dialética entre o total e o parcial (o objeto parcial, a parte separada ou a parte de que se é separado).

A angústia é, antes de mais nada, angústia de castração.

Todo acidente somático tende a alimentar o circuito de representações que servem de suporte à angústia de castração (Mc DOUGALL, op. cit., p. 138).

As neuroses atuais

Nas neuroses atuais, Freud considerou que a fonte de angústia seria atual, um conflito puramente atual, proveniente de uma frustração puramente real. No entanto, devemos aqui fazer uma certa restrição, já que a frustração só causa impacto quando encontra ressonância em uma problemática pessoal, ou seja, uma problemática infantil. Neste sentido, uma frustração sempre se refere a uma auto-frustração.

No caso da AIDS, esta é uma frustração no nível do real, mas, da mesma forma que nas neuroses atuais, ela só causará impacto se tiver ressonância em uma problemática do próprio sujeito. As formas assumidas por este impacto também se devem a uma singularidade pessoal.

A angústia nos estádios de desenvolvimento da libido

Para cada estágio do desenvolvimento se relaciona um fator determinante de angústia. No início, durante o estágio de imaturidade inicial do ego, dá-se o perigo do desamparo psíquico; nos primeiros anos da infância, onde há uma falta de auto-suficiência, dá-se o perigo da perda de um objeto (ou perda do amor); na fase fálica dá-se o perigo de ser castrado; e no período de latência dá-se o temor ao superego. Com o decorrer do desenvolvimento do sujeito, o ego se fortalece e estes perigos tendem a perder importância. Mas, isto só se dá de forma incompleta, restando resquícios de período "passados". Já o temor ao superego nunca deve cessar, pois através da angústia moral, ele se torna indispensável às relações sociais.

Estes resquícios de angústia também são fundamentais na direção tomada pelo sujeito frente às novas questões produzidas pela AIDS.

AIDS e inibição

Para Freud, a inibição pode ser denominada uma restrição de função, sem apontar necessariamente para um processo patológico. Portanto, pode ser entendida como uma simples redução de função; se a função passar por alguma modificação inusitada, passamos a chamá-la de sintoma.

São quatro as funções primordiais na vida do sujeito: a laborativa, a de alimentação, a de locomoção e a sexual.

A inibição pode ser encontrada em processos normais, como o luto, por exemplo. Uma pessoa que perdeu um ente querido pode por algum tempo ter uma ou mais destas funções inibidas.

Os portadores do vírus HIV podem abandonar ou ter inibida sua função laborativa como um abandono do campo de batalha da vida diante da "morte" decretada pela doença, tendo ou não os sintomas. Comumente, a função alimentar e a sexual também sofrem inibições. A própria sociedade, em nome da prevenção da doença, favorece a inibição, pois muitas vezes restringe as atividades destas pessoas. Não são raros os casos de demissões de empregos diante de um resultado positivo do Elisa, e todos lidamos com esta realidade.

Quanto ao sujeito de que tratamos aqui, pretensamente não possuidor do vírus, mas que se depara com esta nova situação de restrição quanto ao ato sexual, podemos pensar no fator inibição em sua vida. Conjecturamos que em alguns sujeitos pode haver uma inibição da atividade sexual, pelo medo do risco de contrair a doença.

Que existe uma relação entre inibição e ansiedade é algo evidente. Algumas inibições obviamente representam o abandono de uma função porque sua prática produziria ansiedade (FREUD, 1926, p. 108).

Acreditamos que a vida sexual pode ficar comprometida pela angústia da

possibilidade de contágio.

AIDS e angústia

Sabemos que a sensação de perigo e os estados afetivos que a configuram se relacionam com experiências traumáticas primitivas que podem ser revividas quando o sujeito, mesmo adulto, vê-se colocado em situações de impotência e desamparo similares às vividas na infância.

Supomos que o risco de contágio com o HIV possa provocar uma vivência de angústia deste tipo.

Capítulo 4: *AS ENTREVISTAS*

Este capítulo, que consta da análise de dez entrevistas feitas com homens e mulheres entre 35 e 45 anos, de nível intelectual superior e residentes na cidade do Rio de Janeiro, têm o intuito de ilustrar este trabalho, em sua maior parte teórico.

4.1 O contato com os entrevistados

Várias pessoas se esquivaram ou se recusaram a participar das entrevistas. Assim, levando em conta a dificuldade de encontrar quem se dispusesse a colaborar, provavelmente devido ao assunto abordado, oferecemo-nos a ir à casa ou ao local de trabalho de possíveis entrevistados, e colocamos casa e consultório à disposição destes.

Os participantes foram sempre pessoas indicadas por amigos e, assim, ao concordarem em fazer parte da entrevista, já possuíam uma idéia do tema a ser abordado.

Foi interessante observar que, salvo uma exceção, as pessoas que aceitaram participar pareceram bastante sinceras e expuseram de forma natural o que pensam, sentem e como vivem a sua sexualidade.

Para nossa surpresa, o uso do gravador foi unanimemente aceito pelos entrevistados.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, explicamos que ela seria realizada para uma pesquisa de pós-graduação da PUC-Rio, orientada pelo Professor Doutor Sérvulo Augusto Figueira.

Por ser uma pesquisa que trata de assuntos como a sexualidade e a AIDS, por vezes tocam-se em questões bastante íntimas. Por isso, foi garantido sigilo absoluto e,

previamente à entrevista, foram enviados aos entrevistados folhetos onde constavam o assunto a ser debatido e uma apresentação desta pesquisadora e do professor orientador *

As entrevistas tiveram a duração média de 15 a 30 minutos, dependendo da capacidade de expressão de cada entrevistado (mais ou menos falante). Embora houvesse um roteiro básico dos temas a serem tocados, procuramos criar um "clima" o mais descontraído possível, com a intenção de favorecer uma maior abertura no discurso do entrevistado.

4.2 Roteiro da entrevista

Após a apresentação e a garantia de anonimato, explica-se a importância do uso do gravador para tornar a entrevista natural, sem se ter que interrompê-la para anotar dados, colocando-se as fitas à disposição do entrevistado, ao final do trabalho.

A primeira pergunta é sobre estado civil, idade e profissão. Em seguida, aborda-se o momento de liberação sexual a que todos presenciamos, com suas ambivalências, aceitação ou repúdio social. Pergunta-se, então, sobre a sexualidade do entrevistado, ou seja, o que pensava, como era a sua vivência sexual (desde a adolescência, na família, colégio, grupo de amigos etc.) e qual a sua posição frente a essa questão hoje.

Questiona-se se, a partir do surgimento da AIDS se algo mudou para o entrevistado quanto a práticas sexuais (uso de camisinha, sexo anal, número de parceiros etc.). Se é casado, indaga-se se só mantém relações sexuais com seu cônjuge, se tem ou teve relação extraconjugal e se esta situação sofreu alguma modificação com o advento da AIDS. Pergunta-se se algo mudou em relação ao cônjuge (ou parceiro extraconjugal, caso a resposta anterior tenha sido afirmativa), em termos de práticas sexuais. Outra questão é,

* Um exemplar deste folheto está anexado a este capítulo

no caso de relações extraconjugais, sua frequência.

Se o sujeito é solteiro, pergunta-se como administra sua vida sexual (número e seleção de parceiros, uso de preservativos etc.).

Outra questão é a ocorrência de mudanças na forma de ver ou sentir a sexualidade, diante da ameaça de contágio pelo vírus.

A todos os entrevistados indaga-se se dentro de um relacionamento conversam sobre sexualidade, se se interessam por essa temática em leituras atualizadas, palestras ou simplesmente em conversas informais, entre o casal ou amigos.

Quanto ao uso de preservativos, procura-se saber se o entrevistado os utiliza ou não e por que.

Trata-se de um questionário sucinto, que tem como objetivo saber se algo mudou em termos de práticas sexuais e qual a visão e o sentimento, em relação à vivência sexual, após o surgimento da AIDS.

4.3 Os entrevistados

Foram entrevistadas 10 pessoas, 5 homens e 5 mulheres, com idades entre 35 e 45 anos, moradores do Rio. Todas possuem nível cultural superior, descartando-se a hipótese de não conhecerem a AIDS, suas conseqüências no organismo e formas de contaminação. Essa faixa etária foi escolhida com o intuito de se observar uma população que provavelmente teve vivência sexual antes da AIDS e que hoje ainda se encontra na fase de vida sexual ativa.

A estes homens e mulheres demos nomes fictícios, a fim de não serem reconhecidos. Segue-se breve descrição dos entrevistados.

• *Caracterização e apresentação dos entrevistados*

Sujeito 1: Maria Alice, casada, 39 anos, formada em letras.

Casou-se virgem, aos 16 anos, e nunca teve relações sexuais com outro homem. Confia no marido, em que ele não lhe transmita o vírus, embora não possa crer cegamente em sua fidelidade. Além de considerar muito difícil um homem contrair um vírus numa relação sexual com uma mulher, pensa que seu marido saberia se proteger, e a ela própria, do contágio. Quanto a si própria, diz que se um dia viesse a ter relações extraconjugais, certamente faria uso da camisinha, pois “as mulheres pegam o vírus mais facilmente”.

Não ficou evidente qualquer sinal de angústia, pois embora não use o preservativo, não acredita na possibilidade de contaminação, devido a seu tipo de vida: casada e mantendo relações sexuais com um único homem.

Sujeito 2: Maria Clara, separada, 43 anos, psicóloga.

Na sua juventude, viveu a sexualidade “plenamente”, “tranquilamente”. Teve poucos e duradouros namoros “não era ôba, ôba, não”, e não havia qualquer preocupação com risco de doença. Em 1985, separou-se do marido sendo que, até então, não pensara nos perigos da AIDS, que “era uma coisa muito distante”. A partir deste momento, em que conheceu outros homens, optou por ter relações só de camisinha. A seleção dos parceiros também foi, em grande parte, estimulada pelo medo da AIDS. Nada mudou, em termos de práticas sexuais. Se hoje não pratica sexo anal, isto se deve às hemorróidas adquiridas com o nascimento do segundo filho, portanto, no momento em que ainda estava casada - “agora isto só me iria machucar, teria que usar pomadas, o que não faria ser uma coisa tão prazerosa”.

Diz que a AIDS trouxe uma grande mudança em sua vida. Quanto a sua vida sexual “não dá mais para ficar saindo com qualquer pessoa” e “camisinha é imprescindível”.

Tem interesse pelo tema da AIDS, freqüenta palestras, conversa com os amigos e profissionais de sua área. Quanto aos seus parceiros, é freqüente falar sobre sexualidade e prevenção contra a AIDS.

Demonstrou angústia diante da nova realidade trazida pelo HIV e, concomitantemente, utiliza-se dos meios necessários para se preservar.

Sujeito 3: Maria Helena, solteira, 35 anos, pediatra.

Seus relacionamentos são fugazes; podem se resumir, muitas vezes, a um encontro ou dois. Uma ligação de dois meses é considerada duradoura. Os parceiros podem ser apresentados por amigos ou o conhecimento pode se dar num bar. O critério de escolha é a atração, não sendo necessário um maior conhecimento sobre a vida do homem atual ou passada, para ocorrer a relação sexual.

Embora em seu discurso afirme que se preocupa imensamente com a AIDS, pois devido à sua profissão está constantemente em contato com esta realidade, nem sempre faz uso da camisinha. Diz que “na hora H não dá prá se ligar neste tipo de coisa”. Muitas vezes, depois de seus encontros, fica angustiada por não ter se precavido. Faz os testes e se tranquiliza.

Sujeito 4: Maria Inês, 37 anos, secretária executiva (formada em letras)

Ela começa contando: “não largo a camisinha desde 1986”. Teve um namoro, porém, que durou três anos. Após esse período, constatou que “a relação era coisa séria” e optou, juntamente com seu parceiro por fazerem um teste para AIDS. Com o

resultado negativo, abriram mão da camisinha. Há seis meses terminou esse namoro e, desde então, afirma: "só transo de camisinha". Até 1986, não acreditava no risco de transmissão, pois se considerava a AIDS relacionada ao homossexualismo ou à promiscuidade. Hoje demonstra angústia quanto à possibilidade de contágio e se previne quanto à doença. Mas, diz que não é possível se prevenir quanto a uma certa dose, por mínima que seja, de angústia. "Embora comigo nenhuma camisinha tenha arreventado, sei que isto pode ocorrer. Também, às vezes, penso na própria eficácia da camisinha".

Sujeito 5: Maria Rita, casada, 42 anos, socióloga.

Não usa camisinha e não se preocupa, seriamente em relação a ela própria, com o risco de contágio. Vive com seu marido há quatorze anos e confia no homem com quem divide sua vida, sua história. Têm um filho de oito anos e agora planejam outra gravidez. E comenta, rindo: "além do mais não é possível engravidar usando camisinha". Diz que sabe dos riscos da AIDS, que é "uma doença muito grave e sem volta", e que atualmente só a educação da população pode contê-la, enquanto pandemia. "O uso de preservativos é fundamental", afirma. Mas, "também sabemos que o crescimento populacional não pode parar, que crianças não vão deixar de nascer. A camisinha é um importante método preservativo, mas não é o único". E continua "deve haver uma mudança de pensamento, as pessoas precisam encontrar novos critérios para sua vida sexual. Toda uma mentalidade tem de ser reformulada".

Quanto à sua própria vida, não evidencia angústia em relação à AIDS, já que, como ela mesma diz, encontrou "critérios sérios e responsáveis" para referenciar sua sexualidade.

Sujeito 6: José Antônio, casado, 45 anos, dentista.

Terminou há pouco tempo uma relação extraconjugal. Com exceção de uma vez, em que usou camisinha para ver como era, não gostou e não usou mais. Além do mais, confia em suas parceiras. Quanto à esposa, "sabe" que não tem relações fora do casamento, e quanto à ex-parceira, diz que tinha o mesmo padrão de vida que ele, "é uma moça séria".

Embora seja médico e a par dos mais recentes sobre a AIDS, questiona o que é veiculado pela mídia. Acredita que a grande incidência da doença se dá nas relações homossexuais; o problema é que muitas pessoas são bissexuais e escondem este fato. Quanto à camisinha, "não sei se é o único meio de prevenção nem se é realmente eficaz"; está convencido de que essa é uma maneira das grandes indústrias faturarem muito dinheiro. Quanto às propagandas alarmantes, considera que um número muito maior de pessoas morre de câncer ou de acidentes automobilísticos mas, neste caso, a propaganda é bem menor. No entanto, reconhece a existência da doença e faz testes anualmente. Diz que este é um meio de não propagar a doença.

Para ele, a AIDS provocou muitas mudanças na sociedade, pois "mexeu muito com a cabeça da moçada". A sexualidade antes da AIDS era vivida livremente, e agora está sob certas restrições. Considera-a um "mal necessário", pois "as pessoas estavam sem limites, vivendo num estado de total promiscuidade".

Embora não use camisinha, não se evidencia claramente um aumento no nível de angústia quanto à si próprio.

Sujeito 7: José Carlos, separado, 41 anos, ginecologista.

A AIDS trouxe uma grande mudança em sua vida sexual, que era antes bastante ativa e sem preocupações. Embora diga que esta doença foi um "choque" para ele, não usa camisinha atualmente. Diz que se tornou mais seletivo, que faz "uma anamnese" de

suas parceiras. Por exemplo, está com uma namorada há nove meses e confia nela. Considera usar camisinha igual a "chupar bala com papel". Também não houve mudança em termos de práticas sexuais; continua praticando o sexo anal, mesmo sem preservativo.

Conta que não sentiu qualquer mudança com o aparecimento da AIDS, pois nunca deixou de "transar se houvesse amor, e no mínimo tem que ter muito tesão".

Enfim, seu discurso é contraditório, pois em um momento afirma que a AIDS foi motivo de mudanças em sua vida sexual, e logo após afirma o contrário. Essas transformações referem-se à maior seletividade de parceiras e à maior duração das relações, mas nada mudou em termos de práticas sexuais. Mas, ao dizer que a AIDS foi um "choque", demonstra angústia.

Sujeito 8: José Henrique, separado, 40 anos, cirurgião plástico.

A AIDS provocou uma grande mudança em sua vida sexual. Antes, sua sexualidade era vivida livremente, sem freios, era simplesmente uma coisa boa e normal. A doença "mexeu" muito com ele, tornou-o mais seletivo e precavido. Por profissão, lida dia-dia com a doença, diz que "é algo que assusta". Mas, só de cinco anos para cá conscientizou-se plenamente dos riscos e passou realmente a se proteger, pelo "fator surpresa". Sendo da área médica, pergunta-se como não fez esta reformulação antes. Usa camisinha, embora ache incômodo. Assim, quando o relacionamento se torna sério, faz os testes com sua parceira, para poderem abrir mão do preservativo. "Faço um pacto de confiança". Diz que ficar livre de riscos é relativo, pois a camisinha pode romper, como já lhe aconteceu por duas ou três vezes. "Corre-se o risco de qualquer jeito. A AIDS apontou para um risco que não se pode livrar totalmente... o risco zero não existe".

Tem conversado muito mais com as mulheres sobre sexo, como forma de conhecimento prévio e de seleção.

Evidencia-se neste discurso a angústia perante a doença, acompanhada de uma mudança de costumes e práticas sexuais: uso de camisinha, testes, maior seleção das parceiras etc. Mais ainda, a AIDS aponta para um risco inevitável, para algo que não se pode dar conta.

Sujeito 9: José Luis, casado, 35 anos, administrador de empresas.

Na sua adolescência e juventude, a sexualidade era muito estimulada socialmente, não se pensava em riscos. Teve relações sexuais com prostitutas, amigas, conhecidas e namoradas, sem preocupações maiores. Seu único temor era a gravidez, e por isso, desde aquela época, passou a usar camisinha. Hoje, casado, usa-a nos períodos em que sua mulher faz um intervalo nos anticoncepcionais. Aqui, a camisinha serve apenas como anticoncepcional, e isso faz porque acredita que sua mulher nunca lhe transmitirá a doença, pois confia nela, assim como ela nele. “Sempre acreditei que a vida sexual compete aos dois”. Pensa que, caso ela tivesse uma relação extranconjugal, ela seria responsável o suficiente para saber se proteger e também a ele.

Casado há onze anos, diz que teve quatro “escorregões”, ou seja, relações fora de seu casamento. Sempre usou camisinha, com exceção de uma única vez, e com isso ficou “grilado” até hoje. Nunca fez o teste, tem muito medo do resultado, mas já se passaram seis anos. Diz que foi um descuido que não repetiria.

A AIDS o fez pensar mais, e na relação com sua mulher, tem conversado mais. Se as relações extraconjugais ocorreram num momento de fragilidade de seu casamento, a AIDS o fez reformular este tipo de comportamento. “Não adianta simplesmente fugir do problema, que ele vai continuar. Se ele está em casa, deve ser resolvido em casa”. Daí começou até a questionar o porquê de uma relação extraconjugal.

Neste caso, se há uma clara angústia quanto aos riscos de contrair o vírus,

fica nítida a adaptação aos novos referenciais, mesmo quando tenha ocorrido um deslize nesta área por uma única vez.

Sujeito 10: José Pedro, solteiro, 36 anos, engenheiro.

Quando adolescente, por ter dificuldades em se aproximar de garotas de seu meio, recorreu a prostitutas, empregadas domésticas, mulheres que ele conhecia na rua. Com o advento da AIDS, tentou usar camisinha, mas não se adaptou: “eu brocho com camisinha”. Hoje, solteiro, encontra suas parceiras em casas noturnas, na rua, em praças. As mulheres são geralmente empregadas domésticas, babás, atendentes de enfermagem etc. Não costuma conversar com elas sobre suas vidas, sexo etc., a fim de conhecê-las melhor. Pratica relações sexuais, com sexo anal, num primeiro encontro sem usar camisinha. Diz que elas, geralmente, lhe pedem para não usar camisinha. Embora saiba racional e intelectualmente dos riscos da AIDS, suas formas de contaminação e prevenção, não se utiliza de qualquer meio de proteção e não demonstra angústia.

4.4 Relação entre alguns tópicos da teoria psicanalítica e as entrevistas

Escolhemos cinco pontos - entre os vários da teoria psicanalítica relacionados direta ou indiretamente com a problemática levantada pela AIDS - a serem observados no material trazido pelos entrevistados. Estes tópicos são: injúria narcísica, castração, negação, inibição e angústia.

Uma questão bastante focalizada na entrevista refere-se à possibilidade discursiva levantada pela AIDS, esta ameaça à vida, doença ainda hoje letal. Nossa hipótese seria a de que as ameaças e restrições impostas pelo vírus poderiam suscitar ou

desenvolver o discurso sobre a sexualidade, relacionando-a a temas polêmicos, como prazer, dor, morte, doença, risco etc. Observamos que, se por um lado o HIV trouxe limites a uma prática sexual anteriormente livre, por outro parece que liberalizou o discurso sobre idéias ou concepções moralistas. Por exemplo, embora ainda haja grandes restrições à vivência sexual, fala-se abertamente, nos meios de comunicação, em sexo anal, camisinha etc. No período pré-AIDS, estas palavras eram tidas como imorais e censuradas nesses mesmos meios de comunicação. Este tema foi por nós discutido no capítulo 2 e inserido nas entrevistas.

O pequeno número (dez) de entrevistas não se deve apenas ao fato deste ser um capítulo ilustrativo, mas também ao caráter qualitativo da pesquisa. No entanto, acreditamos que se houvesse mais tempo disponível, entrevistariamos maior número de pessoas, podendo encontrar resultados interessantes, que trariam mais confirmações às nossas hipóteses.

- *Injúria narcísica*

De acordo com as observações analisadas nas entrevistas, a AIDS caracteriza-se como injúria narcísica para todas as pessoas entrevistadas, na medida em que consideravam que ela é um limite a uma vivência sexual anteriormente livre e prazerosa, prejudicando a própria qualidade de vida. Mesmo revelando reações as mais diversas, como veremos no transcorrer desta apresentação, todas as pessoas entrevistadas perceberam a AIDS como uma doença que, pelas próprias restrições que impõe, atingiu-as no mais íntimo de sua sexualidade, retirando a liberdade de ação anteriormente conquistada.

Para José Henrique, “antes da AIDS a sexualidade era uma coisa boa, normal e não havia freios. Houve uma mudança de qualidade de vida muito grande. As coisas vêm piorando. A sexualidade é uma coisa prazerosa, de graça, que acabaram, cortaram. E

agora, o que falta agora ? Não sei mais...”.

De acordo com Maria Clara, “a sexualidade era vivida de forma natural, sem preocupação, se você tinha uma atração, nada impedia. Agora você não fica tão solta como antigamente, ... fica meio limitada”. Assim a sexualidade aparece como algo que se podia viver sem limites, numa busca sem freios, como se através dela se desejasse alcançar uma completude narcísica, uma perfeição e um gozo total.

Para José Antônio, “a AIDS mexeu muito com a cabeça da moçada”. Embora ele se refira ao impacto que o HIV trouxe aos sentimentos e desejos de outros, até pelo que observa em sua prática clínica, não podemos deixar de conjecturar que estas observações foram alicerçadas em uma vivência individual própria do sujeito.

Para José Carlos, “a AIDS foi um choque”. Como médico, lida dia-a-dia com a doença e já a detectou em várias de suas pacientes particulares. Salientamos que um choque pode ser equivalente a uma ferida, em seu mais íntimo ser.

José Luis, como os demais, viveu a adolescência e juventude em época em que não se falava em AIDS. Diz que neste tempo “... ficava mais tranquilo na hora de levar alguém para a cama...” As doenças venéreas de então eram tratadas com uma injeção. De acordo com este entrevistado, “as relações na época pré-AIDS eram muito mais agradáveis, sem o risco do vírus. Acho o contato físico muito importante, e a camisinha atrapalha um pouco”. Mais adiante em seu discurso, ele é mais drástico na sua concepção do preservativo: “a camisinha é um corte”.

Maria Helena diz que a AIDS foi um “doloroso impacto” em sua vida. Antes, conhecer um homem e se aproximar sexualmente dele era algo muito bom, livre de preocupações e de riscos. Agora, esta vivência, que anteriormente era “puro prazer”, mesclou-se com “preocupações e medos”.

Os quatro entrevistados restantes fizeram apreciações similares às citadas

acima.

• **Castração**

Outro fator analisado é o fato da AIDS poder funcionar como agente castrativo, de Lei, possibilitando ao sujeito novos referenciais, sem eliminar a possibilidade de obter prazer. Neste item, quisemos saber da aceitação e utilização da camisinha. Outro fator abordado foi se houve mudanças em práticas sexuais.

O tema da castração será analisado em correlação com as possíveis mudanças de comportamento (utilização de camisinha, seletividade de parceiros etc.) e até mesmo mudanças psíquicas (afetos, sentimentos, maneiras de sentir ou compreender a AIDS como uma problemática atual).

Maria Alice é casada e acredita que seu marido lhe é fiel e assim não lhe transmite o vírus. Não tem e nunca teve relação extraconjugal. Não faz uso de camisinha. Nada mudou, em termos de práticas sexuais. Desta forma, neste exemplo, não podemos apontar o fator castração.

Já para Maria Clara, a AIDS trouxe mudanças significativas em sua vida. Na juventude praticava o sexo sem medo algum (tomava pilulas e por isso não corria o risco de engravidar; quanto a doenças venéreas, também não tinha medo). Depois de um casamento desfeito, deparou-se com a possibilidade do contágio em um novo relacionamento e se perguntou: "e agora, como vai ser?". A partir deste momento, passou a fazer uma seleção maior de parceiros, por medo do contágio: "você tem que selecionar". Além disso, só tem relações sexuais de camisinha, pois prefere se precaver, já que não pode saber com quem seu parceiro saiu ou se é fiel. Diz que nada mudou em sua prática sexual, a não ser o uso da camisinha.

O aspecto castrativo da AIDS atingiu José Antônio parcialmente. É casado

e às vezes mantém relações extraconjugais. Não usa camisinha porque acha muito incômodo. Só experimentou uma vez, para ver como seria a sensação, por curiosidade. No entanto, fica mais atento na escolha das raras parceiras. Diz que conversa bastante, observa a vida da outra pessoa, e só dá início à relação sexual quando acha que pode confiar. Neste caso, a castração se restringe à diminuição e maior seletividade de parceiros.

Maria Inês, que é solteira, terminou um namoro de três anos há seis meses. Neste relacionamento, onde diz que havia confiança mútua, não usava camisinha. Ela e seu namorado fizeram o teste para AIDS (Elisa), no início do namoro. Hoje, ela tem relações esporádicas, só de camisinha. Diz que prefere ser precavida e que a camisinha não se constitui em empecilho para o prazer. Diz: "isso da camisinha tirar o prazer é um preconceito da cabeça das pessoas". Neste caso, a entrevistada aceitou os novos referenciais de forma a viver prazerosamente a sua sexualidade.

José Carlos diz que seleciona suas namoradas e assim não fez qualquer mudança em termos de práticas sexuais.

Para José Henrique, a seletividade de parceiras é importante mas não basta, pois "a AIDS é o tipo de doença que dá em qualquer um, não tem nem cara bonita, nem padrão social, nem idade". Por isso, ao iniciar um relacionamento sempre usa camisinha. Embora faça uso do preservativo, não gosta, acha incômodo. Diz que "a camisinha corta, muda o tipo de sexo, muda tudo". E continua: "a camisinha é um preço monstruoso que se paga". Com este preservativo se permite fazer sexo anal. Se o relacionamento se torna duradouro, propõe fazerem juntos um exame e abrir mão do uso da camisinha, em um pacto de confiança. Mas, diz que isto é muito relativo, pois ao confiar no outro, corre um risco mas, diz, os riscos são inevitáveis. Mesmo uma camisinha pode rasgar, e isto já lhe aconteceu por duas vezes. "O risco está sempre presente. Não há como fugir, a AIDS expõe sempre a sexualidade a riscos".

José Luis sempre usou camisinha, mesmo quando bem jovem (época pré-AIDS), principalmente como prevenção da gravidez e secundariamente no sexo anal, como medida de higiene, para evitar possíveis doenças venéreas. Assim, em termos de práticas sexuais não houve mudanças substanciais objetivas, afinal continua usando a camisinha. Só que agora seu uso está ligado diretamente à prevenção da AIDS. Com sua mulher, usa a camisinha como anticoncepcional, alternando seu uso com o da pílula. Diz que confia na mulher, não em sua fidelidade absoluta, já que ele mesmo já teve relações extraconjugais, mas em sua capacidade de preservação; acredita que se ela tivesse uma relação extraconjugal, usaria camisinha.

• *Negação*

José Luis, há seis anos atrás, teve uma relação extraconjugal durante uma viagem de trabalho. A atração foi muito forte, era tarde da noite e não tinha camisinha. Diz que não tem o hábito de sair com camisinha no bolso porque não sai predisposto a ter relações sexuais e que, se assim fosse, não andaria sem preservativos. Esta foi a única vez, desde a AIDS, que teve uma relação fora de seu casamento, sem camisinha, o que o deixou “grilado” até hoje. No momento do ato sexual negou a possibilidade de contágio.

Maria Alice, que é casada e não usa camisinha, não acredita que possa contrair o vírus, pois mesmo que seu marido tenha relações extraconjugais, a probabilidade dele contrair o vírus é mínima, pois ele é homem. Esta nova realidade não se constitui em uma questão para ela.

Para Maria Clara, houve um período de negação da AIDS, nos primórdios da pandemia, quando se pensava que era restrita a grupos de risco; e neste período, ela não usava camisinha. Precisou “de um tempo para acreditar”.

José Antônio não usa o preservativo porque diz que confia nas suas

parceiras, usa de seletividade. Além disso, não acredita que a AIDS possa se propagar entre heterossexuais, embora conheça as estatísticas. Acha que isto está muito ligado a fatores econômicos e que as fábricas de camisinha estão ganhando muito dinheiro. Considera que há um jogo de interesses e que o risco de contágio é bem menor que o veiculado pela mídia.

José Carlos acha que é muito difícil ser contaminado pelo vírus, pois o meio em que vive é "muito saudável". Opta por não usar camisinha porque é a mesma sensação de "chupar bala com papel". Repete várias vezes que a AIDS não trouxe modificação à sua vida, nem como vivência, nem como sentimento.

José Pedro diz que "na hora da transa, nem se pensa em risco", e não usa a camisinha.

Maria Helena usa-a ocasionalmente. Se seu parceiro insistir em que não quer o preservativo ela concorda. Depois fica preocupada, principalmente se não o conhece bem, mas tenta "apagar isso da cabeça".

Maria Inês, que só tem relações de camisinha, e mesmo assim com parceiros de quem tenha boas referências e após um período de conhecimento prévio, diz que "é impossível negar uma realidade desta espécie".

José Henrique, que usa a camisinha no início de um relacionamento e, após um certo período, faz com sua parceira o Elisa, acha que "alguém que não tenha sofrido mudança com a AIDS, ou é alienado, está cansado da vida ou é culturalmente zero".

Em José Luis, podemos apontar um momento de negação quando, sabendo dos riscos, optou, há seis anos atrás, por ter relações sem camisinha com uma mulher que pouco conhecia. Embora isto não lhe saia do pensamento, nunca fez os exames, pois teme saber o resultado. Esta negação da realidade ou o expõe a fantasias atormentadoras ou, na ausência de tratamento, a riscos pessoais e à disseminação do vírus.

- *Inibição*

Não pudemos constatar uma inibição propriamente dita em termos de atividade sexual, nas dez pessoas entrevistadas. Nenhuma delas deixou de ter vida sexual ou mesmo a restringiu, diante da ameaça do HIV.

O que pudemos observar foram casos como os de Maria Clara, Maria Helena, José Henrique e José Luis, que só aceitam ter relações com novos parceiros com camisinha e caso estes não aceitem, desistem daquela relação, mas não abrem mão da sua sexualidade.

- *Angústia*

Acreditamos que a AIDS seja fator causador de angústia, na medida em que expõe as pessoas a riscos que se assemelham à vivência de desamparo, pela qual já passou todo ser humano.

Este sentimento se evidencia no discurso de Maria Clara, quando esta diz que a partir da AIDS ficou muito preocupada e receosa, em relação à sua vida sexual.

José Antônio o demonstra quando, ao falar da camisinha - único preventivo que atualmente conhecemos - questiona sua eficácia.

Maria Rita diz temer especialmente pela vida de seus filhos, que estão na adolescência: "Às vezes, fico muito angustiada, por não poder evitar que qualquer mal lhes aconteça. Eu espero que eles tenham cabeça para lidar com esta situação".

José Henrique diz que esta doença o assusta, visto que o risco zero não existe.

José Luis mostra sua angústia através de fantasias por vezes atormentadoras (devido a uma única relação há seis anos atrás, sem camisinha), pois sabe que basta uma só

relação para contrair a doença.

Maria Inês, que sempre usa camisinha, tem muito medo que esta rompa, principalmente no início de um relacionamento. Conta o episódio de uma primeira relação sexual com um homem em que lhe veio um sentimento de angústia muito forte, ocasionado pelo medo de contrair a doença, visto que sabia muito pouco sobre aquela pessoa. Desde então usa um processo de seletividade, para melhor conhecer com quem se relaciona. Ainda que num nível mais brando, por vezes sente um pouco de angústia, o que a torna mais atenta.

Observamos que, para a maioria dos participantes das entrevistas, a angústia está sempre presente. Para Maria Inês, ela chega a funcionar como um alerta, o que corresponde ao sinal de angústia descrito por Freud, presente no terceiro capítulo deste trabalho.

Podemos conjecturar se pessoas com níveis de angústia internos muito elevados saberiam se defender do vírus. Mas, nenhum dos entrevistados pôde ser utilizado como exemplo para este questionamento.

- *A possibilidade discursiva*

Vários entrevistados tocaram neste ponto espontaneamente.

Maria Clara, que é psicóloga, diz que este assunto, até por sua profissão, a interessa muito. Tem participado de palestras e debates. Em um relacionamento afetivo, conversa bastante sobre sexualidade.

José Antônio considera a AIDS uma doença que faz “parar para pensar”. Costuma ler artigos de colegas sobre o assunto. Não fala sobre isto com sua esposa, mas caso tenha uma relação fora, conversa bastante com a nova parceira. Diz que é pelo conhecimento do outro que faz a prevenção.

Esta possibilidade do conhecimento e da confiança no outro pela conversa também foi trazida por José Carlos e José Henrique como principais meios de prevenção, embora José Henrique sempre use camisinha no início de um relacionamento: “as conversas sobre sexo têm aumentado, no sentido de esclarecer, de se precaver”.

José Luis sempre conversou muito abertamente sobre a sexualidade. Seus pais o educaram assim. Agora isto se torna imperativo para ele, na medida em que implica uma “questão de vida ou morte”. O conhecimento e as conversas podem agir como preventivos. Diz que depois de conhecer certas mulheres, não teria relações sexuais com elas nem de camisinha.

Parece que o discurso ficou realmente mais aberto, pois pudemos constatar, nas entrevistas, que as pessoas falaram de temas bastante íntimos, relacionados a sua vida sexual, com muita naturalidade. Devemos ainda lembrar que as entrevistas foram gravadas e isto não pareceu ter inibido o discurso dos entrevistados, que falaram abertamente em relações extraconjugais, uso de camisinha, sexo anal etc.

4.4 Subsídios à entrevista

**Maria Lúcia Gomes Fradinho, mestranda da pós-graduação de Psicologia
Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio.**

Professor orientador: Sérvulo Augusto Figueira, Ph.D.

AIDS: A MAIS MODERNA INJÚRIA NARCÍSICA

A partir da segunda guerra e acentuando-se nos anos 60, houve uma reformulação da moral, no que tange à sexualidade. A revolução sexual, o advento da pílula, as modernas descobertas da medicina que trouxeram a cura para as doenças venéreas, os movimentos feministas etc conseguiram promover novas conquistas, após longos anos de repressão da sexualidade. Isto permitiu a aquisição de uma nova moral, onde a sexualidade pode ser vivenciada de forma recreativa e sem riscos. Com isto, fez-se possível uma ausência de limites a esta mesma sexualidade, que podia ser vivida exaustivamente e sem conseqüências maiores.

Assim, os tabus sexuais começaram a cair, para dar lugar a uma possibilidade imensa de liberdade sexual. Nunca antes a sexualidade como vivência fora tão pouco contestada.

É justamente no contexto dos anos 80, numa época de maior liberação sexual, que surge a AIDS. Esta terrível moléstia, com características de pandemia, ainda incurável e letal, tem como uma das principais vias de transmissão a relação sexual. Ela surge trazendo mais uma vez limites à liberdade anteriormente conquistada.

Este não é um estudo clínico sobre a doença, centralizado sobre o adético ou o possuidor do vírus HIV (ainda que assintomático). Aqui o olhar se dirige para o sujeito que, em princípio, não contraiu o vírus, mas é atingido pelas novas significações que esta pandemia produz.

Esta pesquisa pretende pensar quais os significados produzidos no sujeito quando este se vê frente a uma doença letal que se relaciona à sexualidade - a AIDS.

Tomamos duas épocas como referência comparativa - antes e depois da AIDS.

Metodologia

A metodologia utilizada para a pesquisa consta de duas partes: a primeira é teórica, de linha psicanalítica; a segunda se constitui de entrevistas, realizadas em uma amostra de 10 pessoas, homens e mulheres, entre os 35 e os 45 anos. Cada entrevista tem a duração média 15 a 30 minutos. Usa-se o gravador, o que garante uma melhor qualidade de trabalho, já que a entrevista anotada pode implicar a não percepção ou mesmo a perda de dados, pela grande quantidade de material, assim como a divisão da atenção do pesquisador, que pergunta, pensa e anota, tornando a entrevista menos espontânea e mais difícil. Garante-se aos entrevistados o mais absoluto anonimato.

Os temas explorados são os seguintes: a sexualidade antes da AIDS; a sexualidade a partir da AIDS; a AIDS e seus significados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação procurou investigar as implicações que a AIDS pode ocasionar no psiquismo das pessoas.

Acreditamos que, pelas próprias características da doença - sexualmente transmissível e ainda hoje letal - ela possa agir como injúria narcísica.

Sabemos que o narcisismo primário, no qual há uma vivência de completude, já foi por nós perdido quando se secundarizou, no Édipo e na castração. Ao mesmo tempo, não podemos deixar de reconhecer os esforços dispendidos em reaver este momento de uma história mítica.

Na busca da totalidade, da perfeição narcísica, o sujeito atual, moderno, fez algumas aproximações desta ilusão de completude. Isto foi, em parte, possibilitado pelo avanço científico, que promoveu constantes descobertas nos mais diversos setores. A invenção da pílula revolucionou os costumes e a moral construídos ao longo de anos. Surgiram formas de cura para as mais diferentes e até então temíveis doenças. A cirurgia trouxe a possibilidade de transplantes e a esperança, num futuro próximo, de substituição de qualquer órgão. O homem começa a acreditar que aos poucos deixa de ser vulnerável. Esta concepção se estende à sexualidade, que praticamente, livre de riscos, é maciçamente investida. O homem goza, vive a ilusão de que tudo pode e como que tenta alcançar o Olimpo com as pontas dos dedos.

É neste estado de coisas que surge a AIDS, trazendo a ameaça de morte justamente através do meio - a sexualidade - com o qual o sujeito tenta ilusoriamente alcançar o narcisismo perdido.

A AIDS, na medida em que surge trazendo restrições a uma vivência da

sexualidade que se inaugurava tão livre, rompe a ilusão, e mostra mais uma vez novas e dolorosas barreiras. Neste sentido, ela age como injúria narcísica, quando fere o narcisismo do homem do século XX, que já estava se acostumando a transpor os mais diversos obstáculos.

Como tal, esta doença é fonte de angústia. Embora esta angústia aponte para um perigo real, externo, ela toca nos mais recônditos lugares do sujeito, promovendo a castração de uma ilusão de completude. É importante que o sujeito possa administrar esta angústia, visto que, se ela envolve um perigo externo real, é fundamental que possa lidar com ela da melhor maneira possível, a fim de preservar sua integridade física. Se o sujeito aceita os novos referenciais, impostos pela doença para se proteger do vírus, e ao mesmo tempo se permite viver sua sexualidade da forma mais prazerosa possível, acreditamos que ele tenha alcançado uma maneira satisfatória de lidar com esta realidade. Freud nos diz:

Se não podemos afastar todo o sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto (FREUD, 1930, p. 105).

Para este autor, o mais apropriado seria o sujeito avaliar as proporções do perigo e a sua capacidade defensiva, para assim se decidir por fugir, se defender ou atacar. Neste sentido, não haveria lugar para a angústia, pois o sujeito saberia encontrar soluções para suas dificuldades. Mas, na realidade, as coisas não se passam “simplesmente” assim, principalmente no que tange a uma ameaça nas proporções da AIDS. Por mais que se utilizem todos os meios para evitá-la (o que obviamente diminui radicalmente o risco da infecção), nunca se está totalmente seguro. A AIDS aponta para o risco e põe por terra a noção de uma “segurança total”. Além disso, como já dissemos anteriormente, a própria utilização dos meios necessários à prevenção da doença por si só gera angústia, na medida em que assinala os limites do sujeito, colocando-o frente a frente com a castração.

Freud também assinala um outro fator muito importante: caso a angústia atinja níveis muito elevados, ela se torna inadequada pois paralisa a possibilidade defensiva do sujeito. Isto, no caso da AIDS, é de grande gravidade, pois deixa o sujeito vulnerável a uma infecção mortal.

A obra freudiana salienta a importância de uma etiologia sexual nos distúrbios neuróticos. Faz-se uma relação entre o surgimento de um ataque de angústia e a irregularidade, interrupção ou abstinência do ato sexual. Visto que o medo do contágio pode acarretar o medo do próprio ato sexual, poderíamos nos perguntar sobre qual o alcance desta epidemia no psiquismo do sujeito.

Consideramos importante não só o estudo teórico, mas também o confronto com um objeto da realidade, ou seja, o sujeito que vê sua integridade física ameaçada por um vírus relacionado à sexualidade. Assim, optamos por fazer algumas entrevistas.

O material colhido nestas entrevistas, assim como a pesquisa teórica, não têm pretensões a se tornarem soluções definitivas para o problema. Nosso interesse se restringe a uma discussão sobre um tema atual e controverso.

Alguns pontos não puderam ser observados nas entrevistas, como a questão levantada por Freud sobre o ataque de angústia imobilizar o sujeito frente a um perigo, fragilizando-o. Dois entre os dez entrevistados muito pouco ou quase nada faziam para se proteger do vírus. Poderíamos aqui nos questionar se isto não seria causado por um excesso de angústia. Mas isto não pôde ser detectado, talvez porque não fosse o caso destas duas pessoas, ou talvez porque uma entrevista de caráter qualitativo e feita de forma tão breve (15 a 30 minutos), uma única vez, não nos possibilitasse análises tão precisas.

Outros fatos foram claramente observados, como por exemplo a dificuldade apresentada pela maioria das pessoas em relação à camisinha. Ela é vista como algo que corta, inibe, atrapalha o prazer. Ela aponta para a castração, para uma não-completude.

Observamos também que todas as pessoas, umas mais outras menos, em diferentes momentos da sua vida, negaram a ameaça do vírus e não se precaviam contra ele. Algumas disseram que, no início da epidemia, quando ainda havia dúvidas sobre o contágio, não acreditavam que seriam contaminados e não faziam uso de preventivos. Hoje, sabe-se que a AIDS é uma doença a que todos estão sujeitos. Assim, acreditamos que entrevistas em momentos diferentes da história da AIDS trariam resultados diferentes. Pensamos que, de modo geral, as pessoas têm se conscientizado desta nova ameaça. Um bom exemplo é o da comunidade homossexual, considerada desde sempre um grupo de risco. De acordo com as estatísticas, o índice de contaminação entre os homossexuais vem decaindo consideravelmente. Presumimos que isto tenha relação com o fato de há muito tempo a AIDS ser considerada uma ameaça, por este grupo. Teria havido, então, um período inicial de negação, seguido hoje por uma aceitação da realidade, o que proporcionou uma melhor atuação sobre ela.

Observamos, não só através destas entrevistas, mas também em revistas, jornais e programas de televisão, que tem se falado, desde o aparecimento da AIDS, muito mais e de forma bastante clara sobre questões relacionadas à sexualidade. Homossexuais, travestis e prostitutas aparecem nos meios de comunicação dando depoimentos absolutamente íntimos sobre sua vida sexual e, diferentemente do que poderia ocorrer há 20 anos atrás, a censura não interfere. Diante do perigo de contágio, as pessoas devem estar bem informadas sobre as formas de transmissão, para poderem se prevenir. Em nome de uma integridade física, o discurso ganha amplidão, atribuindo novos significados à sexualidade.

A mídia é fundamental neste processo, pois através dela se pode veicular informações precisas e importantes para que a população tenha a oportunidade de se proteger do vírus, assim como se pode também veicular significados preconceituosos ou

simplesmente incompatíveis com a realidade, marginalizando grupos e vulnerabilizando, pela ignorância toda a população. No início da pandemia, os significados moralistas e preconceituosos só serviram para a propagação do vírus. Hoje, a clareza e a sinceridade com que se procura tratar deste assunto são a ferramenta principal em nossas mãos para conter a disseminação, visto que ainda não foi encontrada a vacina ou a cura para a doença.

Este trabalho suscitou mais questões do que respondeu àquelas anteriormente formuladas. Nosso intuito foi, sobretudo, o de debater um tema atual, alicerçados na teoria psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, E.B. **Eu Narciso, outro Édipo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. 106 p.
- _____. Por thanatos. **Tempo psicanalítico**: pulsão da Revista da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, Rio de Janeiro, n. 25, 1991, p. 8-25.
- BATAILLE, G. **O erotismo**. Porto Alegre: L&PM, 1987, 255 p.
- BLEICHMAR, H. **O narcisismo**: estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987, 133 p.
- BLIKSTEIN, I. **Kaspar Hauser, ou a fabricação da realidade**. São Paulo: Cultrix, 1990. 98 p.
- CAMUS, A. **A peste**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1947. 213 p.
- DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991. 127 p.
- DEJOURS, C. **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 183 p.
- DE VITA, JR., V. (coord.) et al. **AIDS: etiology, diagnosis treatment, and prevention**. Philadelphia: Lippincott Company, 1988. 474 p.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**. Lisboa: Editorial Presença, 1973. 470 p.
- FERREIRA, A.B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1517 p.
- FOUCAULT, M. **Isto não é um cachimbo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 87 p.
- FREUD, S. **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess**. (1950 [1892-1899]). Rascunho E. Como se origina a ansiedade. Standard Brasileira. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 261-269.
- _____. **Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'**. (1895[1894]). Apêndice: o termo 'Angst' e sua tradução inglesa. Standard Brasileira. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 137-138.
- _____. **A sexualidade na etiologia das neuroses**. (1898). Standard Brasileira. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 287-312.

- FREUD, S. **A interpretação dos sonhos.** (Capítulo VII). (1900). Standard Brasileira. v. 5. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 543-660.
- _____. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** (1905). Standard Brasileira. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 123-250.
- _____. **Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses.** (1906[1905]). Standard Brasileira. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 281-292.
- _____. **O esclarecimento sexual das crianças.** (1907). Standard Brasileira. v.9. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 137-144.
- _____. **Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna.** (1908a). Standard Brasileira. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 185-208.
- _____. **Sobre as teorias sexuais das crianças.** (1908b). Standard Brasileira. v.9. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 211-228.
- _____. **Romances familiares.** (1909a[1908]). Standard Brasileira. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 241-247.
- _____. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos.** (1909b). Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 13-154.
- _____. **Breves escritos.** (1910). Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Standard Brasileira. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 217-218.
- _____. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranóides).** (1911a). Standard Brasileira. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 15-108
- _____. **Formulações sobre os dois princípios do aparelho mental.** (1911b). Standard Brasileira. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 273-286.
- _____. **Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise.** (1912). Standard Brasileira. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 323-334
- _____. **Totem e tabu.** (1913[1912-13]). Standard Brasileira. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 13-191.
- _____. **Sobre o narcisismo: uma introdução.** (1914). Standard Brasileira. V. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 85-119.
- _____. **Artigos sobre metapsicologia.** (1915a). Os instintos e suas vicissitudes. (1915). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 129-162.
- _____. **Artigos sobre metapsicologia.** (1915b). Repressão (1915). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 165-182.

- FREUD, S. **Artigos sobre metapsicologia.** (1915c). O inconsciente (1915). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 185-245.
- _____. **Reflexões para os tempos de guerra e morte.** (1915d). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 311-326.
- _____. **Sobre o transitoriedade.** (1916a[1915]). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 345-348.
- _____. **Luto e melancolia.** (1917a[1915]). Standard Brasileira. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 271-291.
- _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916b-1917[1915-1917]).** A vida sexual dos seres humanos (1917[1916-1917]). Conferência XX. Standard Brasileira. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 355-373.
- _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1916c-1917[1915-1917]). O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. (1917[1916-1917]). Conferência XXI. Standard Brasileira. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 375-395.
- _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1916d-1917[1915-1917]). Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão - etiologia. (1917[1916-1917]). Conferência XXII. Standard Brasileira. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 397-417.
- _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1916e-1917[1915-1917]). A ansiedade. (1917[1916-1917]). Conferência XXV. Standard Brasileira. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 457-479.
- _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1916f-1917[1915-1917]). A teoria da libido e o narcisismo. (1917[1916-1917]). Conferência XXVI. Standard Brasileira. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 481-502.
- _____. **As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal.** (1917b). Standard Brasileira. v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 157-166.
- _____. **Além do princípio de prazer.** (1920). Standard Brasileira. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 13-85.
- _____. **Psicologia de grupo e a análise do ego.** (1921). Standard Brasileira. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 89-179.
- _____. **Dois verbetes de enciclopédia.** (1923a[1922]). (B) A teoria da libido. Standard Brasileira. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 308-312.
- _____. **O ego e o id.** (1923b). Standard Brasileira. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 13-83.

FREUD, S. **A perda da realidade na neurose e na psicose.** (1924) (Einstein e Freud). Standard Brasileira. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 237-234.

_____. **O mal-estar na civilização.** (1930[1929]). Standard Brasileira. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 75-171.

_____. **Tipos libidinais.** (1931a). Standard Brasileira. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 249-254.

_____. **Sexualidade feminina.** (1931b). Standard Brasileira. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 255-279.

_____. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1933a[1932]). A dissecação da personalidade psíquica. Conferência XXXI. Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 75-102.

_____. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1933b[1932]). Ansiedade e vida instintual. Conferência XXXII. Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 103-138.

_____. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.** (1933c[1932]). Feminilidade. Conferência XXXIII. Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 139-165.

_____. **Por que a guerra ?** (1933d[1932]) (Einstein e Freud). Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 237-259.

_____. **Esboço de psicanálise.** (1940a[1938]). Standard Brasileira. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 165-237.

_____. **A divisão do ego no processo de defesa.** (1940b[1938]). Standard Brasileira. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 307-312.

_____. **A interpretação dos sonhos.** (Capítulo VII), 1900. Standard Brasileira. v. 5. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 543-660.

GARCIA-ROZA, L.A. **Acaso e repetição em psicanálise:** uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986. 128 p.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio Editora, 1983. 569 p.

_____. **Freud e o inconsciente.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987. 237 p.

GODINO CABAS, A. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan.** São Paulo: Ed. Moraes, 1982. 292 p.

GOFFMAN, E. **Estigma -** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980. 158 p.

- GREEN, A. (coord.) et al. **A pulsão de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988. 109 p.
- GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988. 311 p.
- HILDEBRAND, H.P. A psicologia social da SIDA. **Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 9, jul. 1989, p. 1-14.
- KUSNETZOFF, J.C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1982. 220 p.
- LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. 143 p.
- _____. **Problemáticas I: a angústia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 345 p.
- _____. **Problemáticas II: castração/simbolizações**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 291 p.
- _____. **Problemáticas III: a sublimação**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 212 p.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-P. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 1983. 707 p.
- _____. **Fantasia originária, fantasias das origens e origens da fantasia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 98 p.
- LECLAIRE, S. **Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. 108 p.
- _____. **O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo**. Rio de Janeiro: Editora Fon-Fon e Seleta, 1979. 158 p.
- LEIBOWITCH, J. **Um vírus estranho de origem desconhecida: AIDS**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1984. 202 p.
- Mc. DOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MILLER, J.-A. **Percursos de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. 151 p.
- NASIO, J.D. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. 170 p.
- PARKER, R.G. **Corpos, prazeres e paixões**. São Paulo: Editora Best Seller, 1991. 295 p.

QUEIROZ, A. Comentários ao Trabalho "The social psychology of AIDS" by H. Peter Hildebrand. **Boletim Científico** da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 9, jul. 1989, p. 20-27.

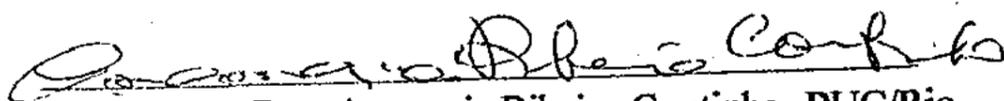
SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 108 p.

_____. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 111 p.

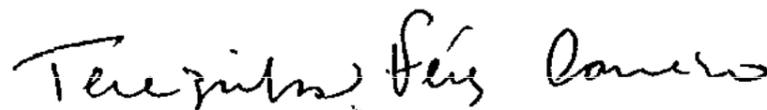
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Maria Lucia Gomes Fradinho, intitulada "AIDS: a mais moderna injúria narcísica, a castração e a angústia", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Dr. Sérvulo Augusto Figueira (Orientador) PUC/Rio



Dra. Anamaria Ribeiro Coutinho- PUC/Rio



Dra. Terezinha Féres Carneiro- PUC/Rio

Visto e permitida a impressão

^{13/9/96}
Rio de Janeiro, 10 de março de 1995.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas